

Mouvement populaire pour la santé

Cette analyse et ce commentaire sur certains points qui seront présentés à l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 2024 ont été préparés par le Mouvement populaire pour la santé

Cette analyse et ce commentaire sur certains points qui seront présentés à l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 2024 ont été préparés par le [Mouvement populaire pour la santé](#) dans le cadre de WHO Watch, une initiative de la société civile visant à démocratiser la gouvernance mondiale de la santé (en savoir plus sur WHO Watch). Ce commentaire est produit par l'équipe d'analystes politiques de PHM en consultation avec un réseau mondial de consultants. Le commentaire est conçu pour être lu en parallèle avec les documents du Secrétariat ; il ne fait pas double emploi avec les documents officiels. Cette version PDF de l'analyse et du commentaire du MSP est tirée du [Tracker du MPS pour la WHA77](#) qui fournit des liens directs vers les documents du Secrétariat ainsi que les commentaires des points du MPS. Cette version du commentaire de PHM est publiée le 22 mai 2024. Les mises à jour seront publiées sur le Tracker. Les commentaires et les réactions sont les bienvenus. Écrivez à editor@phmovement.org. Pour un accès continu aux alertes, aux mises à jour et aux commentaires de WHO Watch, abonnez-vous à l'alerte de suivi (abonnez-vous [ici](#)).

Contenu

| | |
|---|----|
| 11.1 CSU | 3 |
| 11.2 Suivi de la déclaration politique de la troisième réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles | 9 |
| 11.3 Prévention et contrôle des infections | 17 |
| 9. Programme de vaccination à l'horizon 2030 | 23 |
| 10. Stratégie pour mettre fin à la tuberculose | 26 |
| 11.6 Feuille de route pour les MTN, 2021-2030 | 30 |
| 11.7 Accélération de la réalisation des cibles des objectifs de développement durable en matière de santé maternelle et de mortalité infantile | 36 |
| 11.8 Résistance aux antimicrobiens | 41 |
| 12. Stratégie technique mondiale et objectifs de lutte contre le paludisme 2016-2030 | 48 |
| 13.1 IOAC pour WHE | 53 |
| 13.2 Mise en œuvre du RSI | 55 |
| 13.3 Groupe de travail sur les modifications au RSI | 58 |
| 13.4 Organe intergouvernemental de négociation chargé de rédiger et de négocier une convention, un accord ou un autre instrument international de l'OMS sur la prévention, la préparation et la riposte aux pandémies | 60 |
| 14.1 Travaux de l'OMS dans les situations d'urgence sanitaire | 67 |
| 14.2 Mise en œuvre de la résolution WHA75.11 (Guerre entre la Russie et l'Ukraine) | 73 |

| | |
|---|-----|
| 14.3 Initiative mondiale pour la santé et la paix..... | 75 |
| 14.4 Poliomyélite : éradication, planification de la transition .. | 78 |
| 18 Éradication de la variole : destruction des stocks de virus de la variole..... | 81 |
| 15.1 Déterminants sociaux de la santé..... | 84 |
| 15.2 Nutrition de la mère, du nourrisson et du jeune enfant | 94 |
| 15.3 Bien-être et promotion de la santé..... | 100 |
| 15.4 Changement climatique, pollution et santé..... | 107 |
| 15.5 Économie et HFA | 114 |

11.1 CSU

Gros plan

Extrait édité du rapport de synthèse du DG ([A77/4](#)) :

À sa 154^e session, le Conseil d'administration a pris note du rapport sur la couverture sanitaire universelle ([EB154/6](#)). Il a adopté la décision [EB154\(6\)](#) sur l'élaboration d'une stratégie mondiale et d'un plan d'action pour les soins intégrés d'urgence, intensifs et opératoires, 2026-2035, dans laquelle il a recommandé à l'Assemblée de la Santé d'élaborer une telle stratégie pour examen par la soixante-dix-neuvième Assemblée mondiale de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif à sa 158^e session.

A77/4 (par. 22) invite l'Assemblée à adopter la décision recommandée par le Conseil d'administration dans la décision [EB154\(6\)](#).

Le Conseil a également examiné le texte d'un projet de résolution présenté par les États membres sur la participation sociale pour la couverture sanitaire universelle, la santé et le bien-être ([EB154/CONF./10](#)). Le Conseil est convenu que les consultations sur le projet de résolution se poursuivraient pendant la période intersessions.

Au cours des discussions (voir [M5, page 2](#) et [M6, page 2](#)), les membres du Conseil ont reconnu la déclaration de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la couverture sanitaire universelle et le rôle central de la réorientation des systèmes de santé vers une approche des soins de santé primaires pour parvenir à la couverture sanitaire universelle. Ils ont affirmé que la couverture sanitaire universelle et des systèmes de santé solides devraient sous-tendre le projet de quatorzième programme général de travail.

Arrière-plan

Voir [les liens de suivi](#) vers les discussions précédentes sur la CSU

Commentaire du PHM

Rapport du Secrétariat sur la CSU (EB154/6)

Le document EB154, qui s'est tenu en janvier 2024, a pris note du rapport sur la CSU ([EB154/6](#)). Voir [le commentaire du MPS sur EB154/6](#) (janvier 2024). Nous réitérons les principales observations suivantes sur le [document EB154/6](#) :

La discussion sur la CSU dans l'AMS76, dans la Déclaration politique sur la CSU adoptée au haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies, en octobre 2023 et dans le rapport présenté dans le EB154/6, pointent tous vers les mêmes problèmes et il est clair que les États membres sont incapables d'imposer un débat sur certaines questions critiques. Le monde n'est

PAS sur la bonne voie pour atteindre la CSU avec une détérioration de certains paramètres, en particulier sur la protection financière. Le rapport demande que

1. une augmentation du financement de la santé,
2. l'utilisation efficace et équitable de ces fonds ;
3. le renforcement du personnel de santé et de soins, et
4. l'expansion des services de santé primaires et l'orientation des systèmes de santé vers une approche de soins de santé primaires.

L'échec persistant de la couverture sanitaire universelle n'est pas seulement un échec de la mise en œuvre, mais aussi un échec de la stratégie. Ce qu'il fallait, c'était renforcer les services de santé financés et administrés par l'État, où les services sont fournis en tant que biens publics. Une telle stratégie trouve peu de place dans le discours sur la CSU. Au lieu de cela, la « couverture universelle » a été utilisée pour promouvoir l'assurance maladie financée par l'État avec l'achat stratégique d'un ensemble sélectif de services essentiels auprès d'un mélange de fournisseurs de services, complété par un marché de régimes d'assurance maladie privés et de fournisseurs privés pour des services au-delà de l'ensemble.

La volonté de la CSU (plutôt que l'accès universel) consiste également à restreindre le besoin de dépenses publiques en imposant des limites à l'ensemble des mesures de base, ce qui reflète à son tour la réalité d'un financement public très limité pour les soins de santé en général. Une grande partie du financement public limité disponible est alors consacrée à des programmes verticaux de contrôle des maladies, dont la plupart impliquent l'achat de grandes quantités de médicaments, de diagnostics et de vaccins de plus en plus coûteux auprès des grandes sociétés pharmaceutiques. Cela laisse de moins en moins de fonds pour renforcer les soins de santé primaires complets. Les conséquences collatérales de ces politiques sont que les soins protégés financièrement auxquels les pauvres peuvent accéder restent limités et qu'il y a une énorme croissance d'un secteur privé non réglementé. Le système fournit ce pour quoi il est conçu. Ce dont nous avons besoin, c'est d'un changement de stratégie, pas de la même chose.

Voici quelques-uns des principaux changements stratégiques nécessaires :

1. **Revenir sur la privatisation** : Revenir sur les efforts visant à privatiser l'enseignement médical et professionnel de la santé, à introduire des programmes d'assurance maladie financés par l'État et d'autres formes de contrats de soins privés qui utilisent les finances publiques pour renforcer les profits privés et des mesures qui limitent l'ensemble des services publics - afin de transférer d'autres besoins de santé au secteur privé.
2. **Renforcer et démocratiser les services de santé publique** : Investir davantage dans le renforcement des services publics afin de fournir un ensemble complet de services de soins primaires, secondaires et tertiaires et d'accroître le niveau de participation sociale et de démocratisation afin qu'ils fournissent des soins acceptables de bonne qualité et répondent aux besoins de la population.
3. **Précautions à prendre avec la finance internationale** : Revenir sur la plateforme d'investissement à impact sur la santé et cesser d'utiliser les prêts des banques de développement comme moyen de financer les soins de santé

primaires. Optez plutôt pour des échanges de dette et des annulations de dettes, et de meilleurs termes de l'échange qui peuvent garantir que les pays sont en mesure d'investir dans la santé. La plupart des pays paient plus pour le service de la dette que pour l'aide sociale. En particulier, veiller à ce que les institutions financières mondiales et les traités commerciaux n'obligent pas les gouvernements à privatiser les soins de santé ou à encourager la porte ouverte aux investissements étrangers à but lucratif pour les soins de santé primaires ou les organisations de gestion intégrée de la santé.

4. **Précautions à prendre à l'égard des cabinets de conseil aux entreprises :** limiter et mettre en garde contre le rôle des organismes de conseil internationaux, qui sont des promoteurs actifs de certaines de ces stratégies de privatisation et qui ont de graves conflits d'intérêts non déclarés lorsqu'ils conseillent les gouvernements sur la politique de santé. Si les États membres sont les premiers responsables des progrès vers la CSU ou de leur absence, il faut également mesurer et commenter la responsabilité des promoteurs de ces stratégies qui ont échoué, même après qu'il a été démontré qu'elles ont échoué.
5. **Accroître l'accès aux technologies essentielles :** Le projet sur la CSU doit rompre son silence sur l'accès aux médicaments essentiels à des prix abordables et appeler à des politiques et des rapports d'étape qui garantiront cette composante essentielle des progrès vers la CSU. L'Assemblée mondiale de la Santé 76 a adopté des décisions de grande portée en ce qui concerne l'accès universel au diagnostic, mais il n'y a pas non plus de rapport sur les progrès réalisés à cet égard. Un meilleur accès aux médicaments et aux diagnostics nécessiterait nécessairement une plus grande capacité de fabrication nationale, de contrôle des prix et de marchés publics. Par exemple, dans la plupart des pays à revenu faible et intermédiaire, l'accès universel aux soins du diabète ne sera possible que si l'insuline humaine, les systèmes d'administration d'insuline et les diagnostics du diabète deviennent beaucoup plus abordables. Cela nécessite également une approche différente de l'innovation de produits, moins basée sur des régimes de brevets restrictifs et plus dépendante du financement public et de la coopération entre les universités, l'industrie et les gouvernements du Sud.
6. **Mieux mesurer les progrès :** Les mesures actuelles de couverture sont inadéquates et pourraient même être trompeuses. Cela rend la mesure des progrès vers la CSU peu fiable et difficile à comparer. Les indicateurs de couverture ne concernent qu'un ensemble très sélectif de services, et même ces relevés ne proviennent pas de sources fiables et objectives. La proposition visant à inclure la mesure des difficultés financières, de la qualité des soins et des soins perdus (besoins non satisfaits) comme indicateurs importants des progrès vers la CSU (paragraphe 35 de la [recommandation A76/6](#)) doit faire l'objet d'un suivi. Nous demandons également une mesure et une communication désagrégées de ces indicateurs afin de mieux mesurer et traiter les inégalités en matière de soins de santé. Tout cela nécessite un effort parallèle sur le modèle des enquêtes démographiques et sanitaires. Il est nécessaire d'assurer une mesure et une

publication solides et opportunes des données et des indicateurs de mortalité dans les pays à revenu faible et intermédiaire, sur la base des systèmes d'enregistrement et de statistiques de l'état civil (ESEC) de chaque pays, qui sont réformés pour être plus transparents et plus fiables. Les estimations actuelles de la mortalité et de la charge de morbidité pour les pays à revenu faible et intermédiaire sont souvent basées uniquement sur une modélisation à partir de données nationales très rares ou absentes, avec seulement une ou deux institutions mondiales habilitées à effectuer ces calculs. Cela prive les États membres de la mesure et de la planification de la CSU.

7. **Réduire le rôle des programmes verticaux séparés** : De nombreux programmes de santé verticaux antérieurs ont continué d'être renforcés à mesure que des silos verticaux et de nouveaux silos verticaux sont introduits, ce qui fragmente les services de santé publique. Une grande partie de ce problème provient du siège de l'OMS lui-même, où les initiatives spécifiques à des maladies, y compris sur les MNT, sont mal intégrées aux initiatives de soins de santé primaires et de CSU et de renforcement des services de santé. L'intégration doit se faire au niveau de la planification et de la gestion des ressources humaines, du renforcement des installations, de la gestion de la chaîne d'approvisionnement, du financement, de la numérisation, du suivi et de la gouvernance et de l'engagement communautaire. Ce manque d'intégration est un autre obstacle à la réalisation des soins de santé primaires et de la CSU. Même entre la CSU, comme indiqué au point 11.1 de l'ordre du jour, et l'initiative sur le renforcement des soins de santé primaires présentée au point 28.3 (sous le titre un rapport sur la mise en œuvre du Cadre de l'OMS pour des services de santé intégrés centrés sur la personne (IPCHS) tel qu'énoncé dans la résolution WHA72.2), il semble y avoir peu ou pas de coordination. Le point 28.3 de l'ordre du jour sur les soins de santé primaires, sous le nom de Centre intégré de soins de santé intégrés, semble être cloisonné.

Soins d'urgence, intensifs et opératoires intégrés pour une couverture sanitaire universelle

Dans [EB154\(6\)](#), le Conseil d'administration a recommandé que la WHA77 décide d'élaborer une stratégie mondiale et un plan d'action pour les soins intégrés d'urgence, intensifs et opératoires, 2026-2035, pour adoption en 2026.

Ce projet de décision porte sur la mise en œuvre de l' [AMS76.2](#). Le MSP se félicite de cette évolution dans le cadre de l'agenda de la CSU, mais a les mises en garde suivantes :

1. Il devrait faire partie d'un renforcement intégré des systèmes de santé et non d'un programme isolé
2. La principale limite au renforcement de ces soins hospitaliers est que les politiques de ressources humaines en ce qui concerne les spécialistes, en particulier pour les spécialistes travaillant dans des domaines de haute technologie de plus en plus spécialisés, ne sont pas adaptées à l'objectif. Nous avons besoin de politiques qui

gènèrent et retiennent les professionnels qualifiés requis dans les services de santé publique et dans les zones mal desservies. Au cours des deux dernières décennies, le degré élevé de privatisation de toute la formation professionnelle et les coûts énormes de l'obtention d'un certificat professionnel ont rendu impossible l'obtention ou le maintien en poste du type de professionnels de la santé nécessaires pour combler les lacunes. Le projet actuel n'inclut pas ce problème dans son champ d'application.

3. Une autre grande limite est qu'une grande partie de ces compétences, bien que générées dans les pays à revenu faible et intermédiaire, émigrent vers les pays à revenu élevé (HIC) et les pays d'origine ne reçoivent aucune compensation en retour. Ce problème s'est aggravé après Covid 19. Ce problème n'est pas non plus signalé dans la résolution WHA76.2.
4. Une troisième limitation majeure est qu'une grande partie des spécialistes et de la fourniture de ces soins sont disponibles dans des hôpitaux privés qui opèrent dans un environnement non réglementé et réalisent maintenant des super-profits. Beaucoup d'entre eux n'envisagent même pas de relever des régimes d'assurance financés par l'État, à moins qu'un ensemble de remboursements beaucoup plus élevé ne soit prévu. Ces hôpitaux fixent également les normes et les attentes de ce secteur. Il est urgent de s'attaquer à la réglementation de ce secteur privé, et cela devrait être inclus dans le champ d'application du projet de résolution.
5. Nous notons que si un service national d'intervention d'urgence et de transport des patients, des services ambulanciers et des soins préhospitaliers a été abordé, il est sous-estimé. Il y aurait beaucoup de travail à faire dans ce domaine.
6. L'un des défis spécifiques est la tension entre le manque de financement (et d'importance) des soins de santé primaires et la nécessité d'augmenter les fonds pour les soins secondaires et tertiaires. Ce dernier doit être rempli sans compromettre le premier.
7. Enfin, nous devons aller au-delà de l'élargissement de la disponibilité de ces services pour les rendre disponibles dans le cadre du droit aux soins de santé. Bien que l'accès physique fasse partie des exigences, ce n'est pas tout. Une approche fondée sur les droits permettrait également de relever les défis liés à l'équité, à l'abordabilité et à la discrimination.
8. Nous espérons que la participation et la représentation de la société civile des sections les plus faibles et des professionnels sensibilisés seront suffisamment fortes dans le processus pour garantir que ces préoccupations soient traitées de manière adéquate.

Participation sociale pour la CSU, la santé et le bien-être

Le Conseil a également examiné un projet de décision ([EB154/CONF./10](#)) recommandant à l'Assemblée d'adopter une résolution sur la participation sociale pour la CSU, la santé et le bien-être. Le Conseil n'a pas trouvé de consensus sur ce projet de résolution proposé et il a été convenu que d'autres discussions intersessions se poursuivraient en vue de parvenir à un consensus sur le projet final à soumettre à l'Assemblée mondiale de la Santé 77. Aucun projet de ce type n'a encore été publié.

Il n'y a que quelques références entre crochets dans la résolution proposée. L'une d'entre elles (PP6) reflète la résistance à l'application d'une perspective sensible au genre dans l'élaboration

des politiques et des plans liés à la santé. Dans deux paragraphes (PP6 et OP1(2)), le choix de [personnes/personnes/ceux-là] était l'obstacle au consensus.

Le MPS soutient fermement l'objectif et l'orientation de la résolution proposée. Il est déconcertant que certains États membres ne pensent pas que les politiques et les programmes liés à la santé devraient être sensibles aux différences entre les sexes dans les besoins des personnes.

11.2 Suivi de la déclaration politique de la troisième réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles

- [Gros plan](#)
- [Arrière-plan](#)
- [Commentaire du PHM](#)
 - [Commentaire sur EB154/7](#)
 - [Commentaire sur le projet de résolution sur la transplantation](#)

Gros plan

Extrait du rapport de synthèse de la DG ([A77/4](#)) :

À sa 154^e session, le Conseil exécutif a pris note du rapport sur la prévention et la prise en charge des maladies non transmissibles, la promotion de la santé mentale et du bien-être, et le traitement et la prise en charge des problèmes de santé mentale ([EB154/7](#)). Il a adopté la décision [EB154\(7\)](#) sur l'amélioration de la disponibilité, de l'accès éthique et de la surveillance de la transplantation de cellules, tissus et organes humains, dans laquelle il a recommandé à l'Assemblée de la Santé, entre autres, l'élaboration d'une stratégie mondiale sur le don et la transplantation pour examen par la Soixante-dix-neuvième Assemblée mondiale de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif à sa 158^e session. A77/4 (paragraphe 22) invite l'Assemblée à adopter la résolution recommandée par le Conseil d'administration dans le document EB154(7)

Le Conseil a également examiné le texte d'un projet de résolution présenté par les États Membres sur le renforcement de la santé mentale et du soutien psychosocial avant, pendant et après les conflits armés, les catastrophes naturelles et les situations d'urgence sanitaire et autres ([EB154/CONF./11](#)). Le Conseil est convenu que les consultations sur le projet de résolution se poursuivraient pendant la période intersessions. Au cours des discussions, les membres du Conseil ont souligné la nécessité d'inclure les maladies non transmissibles et la santé mentale dans les soins de santé primaires et la couverture sanitaire universelle.

Les membres du Conseil ont salué le Plan d'action mondial pour la santé bucco-dentaire 2023-2030 et l'élaboration prévue d'un rapport de situation mondial sur le cancer 2025 et ont appelé à des mises à jour régulières des informations pour aider les États membres à se préparer à la quatrième réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles.

Arrière-plan

Voir [les liens de l'outil de suivi](#) vers les discussions précédentes sur les MNT

Compte rendu du débat à EB154 : [M6, page 14](#) et [M7, page 2](#).

Commentaire du PHM

Commentaire du MSP sur le rapport EB154/7 du Secrétariat

Aperçu

Ce rapport est présenté conformément à la demande adressée au Secrétariat dans [WHA72\(11\)](#) de présenter un rapport annuel sur les progrès accomplis dans la lutte contre les MNT et dans le cadre du suivi de la réunion de haut niveau des Nations Unies sur les MNT. Il respecte également les engagements de rendre compte du plan d'action mondial sur la santé bucco-dentaire et les cancers (paragraphe 1 à 4).

La section suivante (par. 5 à 23) est une analyse de la situation en ce qui concerne les maladies non handicapées et le programme de santé mentale. Après avoir déclaré que les maladies non handicapées constituent toujours un problème croissant et que le programme n'est pas sur la bonne voie (paragraphe 5 à 7), le rapport décrit la situation dans chacun des 15 domaines d'intervention stratégiques de l'OMS avec un paragraphe pour chacun (paragraphe 8 à 23). 10,11), le contrôle de l'hypertension (12), les progrès sur le tabac (13), l'alcool (14), l'activité physique (15), le surpoids et l'obésité (16), la pollution de l'air (17), la déficience visuelle (18), les maladies bucco-dentaires (19), le dépistage des 4 MNT (20), la santé mentale (21), les troubles neurologiques (22) et les maladies post-covid (23). Dans chacun d'entre eux, le rapport souligne que la charge de morbidité est encore importante et que les progrès sont soit inférieurs aux attentes, soit que la charge de morbidité s'aggrave.

Aux paragraphes 24 à 26, la stratégie mondiale pour la santé bucco-dentaire est résumée. Il comprend 100 activités et un ensemble de 11 indicateurs de base répartis sur 8 stratégies. Le rapport présente les données de référence sur ces indicateurs en 2023 et souligne que bien que 45 % de la population ait des besoins en matière de santé bucco-dentaire, seuls 31 % des pays disposent d'un plan d'action et encore moins (21 %) en ont mis en œuvre des éléments essentiels.

Aux paragraphes 27 à 79, le rapport présente les activités pertinentes du Secrétariat de l'OMS. Chaque paragraphe se rapporte à une maladie ou à une catégorie de maladie. Il s'agit d'un résumé de l'aperçu beaucoup plus [complet](#) des travaux techniques du secrétariat sur les maladies non handicapées. Les types d'activités dont il est question comprennent l'organisation de conférences et de consultations, l'adoption de résolutions, la présentation de rapports, l'élaboration et la diffusion de stratégies, de plans de travail et de cadres, et l'adoption de documents d'orientation technique.

Les défis

Bien que le rapport documente fidèlement les limites des progrès et les mesures prises, il n'aborde pas de manière adéquate les raisons de ces progrès limités, même une décennie après que le monde a accepté les MNT comme un problème majeur de santé publique. Nous énumérons quatre défis clés que ce rapport aurait dû aborder :

Fragmentation des soins et défi de l'intégration. Il est évident que ces interventions sont si variées et dispersées que le défi de la fragmentation qui frappe les États membres est également un défi pour le Secrétariat de l'OMS. Pendant deux décennies, les soins de santé sélectifs ont souvent déqualifié les professionnels de la santé et limité la conceptualisation de ce que sont les priorités en matière de soins primaires et même ce que cela signifie de dire soins de santé primaires.

Le défi du renforcement des systèmes de santé. La question du renforcement des systèmes de santé est essentielle pour atteindre chacun de ces objectifs. Nous devons réfléchir à la manière dont l'OMS pourrait renforcer les groupes politiques qui se soucient de l'exhaustivité, de la qualité, de l'efficacité, de l'allocation des ressources et de l'évaluation des soins de santé. Cela se résume en partie aux ressources (capacité fiscale et toutes les questions connexes) mais aussi à l'organisation de la prestation de services et à la politique des ressources humaines. Le renforcement du système de santé doit également tenir compte des valeurs ou de l'éthique sur lesquelles les services publics sont organisés et, dans ce cadre, créer un ensemble différent d'incitations, libres des pressions du marché (y compris la pression de se concentrer uniquement sur les soins épisodiques des malades), dans le cadre desquelles les gestionnaires et les praticiens des soins de santé pourraient travailler.

Les dimensions intersectorielles et internationales. Les dimensions intersectorielles et internationales de la lutte contre les maladies non transmissibles sont essentielles, notamment la réglementation des aliments ultra-transformés, des régimes alimentaires malsains, du tabac, de l'alcool, de la pollution de l'air et de l'eau et de la santé au travail. L'OMS a produit de nombreux conseils politiques dans ce domaine, mais la tâche consistant à constituer des groupes nationaux pour mener une action intersectorielle nationale et s'attaquer aux déterminants sociaux, commerciaux et environnementaux de la santé par le biais de l'engagement des affaires étrangères dans les domaines de la finance, de la politique industrielle, de l'urbanisation, de la gestion des ressources naturelles, etc. et de leurs cadres de gouvernance est à la traîne. Cela a des liens étroits avec le point de l'ordre du jour sur l'économie et la santé pour tous et la promotion du bien-être et de la santé. Il doit également aborder le rôle des déterminants commerciaux de la santé et le rôle de l'influence des entreprises qui place les profits au-dessus de la santé dans l'élaboration des politiques.

Le personnel de santé peut jouer un rôle majeur dans le plaidoyer en faveur du renforcement des systèmes de santé et d'une action intersectorielle/internationale efficace. L'augmentation spectaculaire de la main-d'œuvre des ASC qui est demandée pourrait contribuer à renforcer ce plaidoyer.

Le défi de l'inégalité. Le rapport est presque muet sur la question de l'inégalité. Les inégalités ont un impact sur les causes, les conséquences et la réponse aux MNT. L'accent mis sur des maladies particulières et des facteurs de risque spécifiques a occulté la dimension de l'inégalité. Cela inclut l'inégalité en termes d'accès à des soins de santé décentes qui incluent une attention portée aux MNT, mais aussi l'inégalité et la discrimination sociales et économiques et une plus grande exposition à tous les facteurs de risque spécifiques décrits. Nous savons que les sections les plus pauvres et les plus marginalisées sont plus sujettes aux maladies non responsables que les autres. L'application du prisme de l'inégalité met également en évidence le rôle des environnements sociaux et culturels qui influencent l'influence de l'inégalité et de la discrimination sur les attitudes de la communauté, ce qui peut nuire à l'utilisation des soins de santé et aux comportements de promotion de la santé. Considérez le rôle de la malbouffe pour les personnes qui ont besoin de réconfort ou le rôle de l'alcool dans l'oubli des réalités sociales.

Actions requises

Réaliser l'intégration dans l'action intersectorielle

Un domaine où une action intégrée est nécessaire concerne les déterminants intersectoriels où des changements de politique et de stratégie ainsi qu'une réglementation sont nécessaires de la part de différents secteurs. La principale responsabilité de s'attaquer à bon nombre de ces déterminants incombe à différents ministères et à différents ordres de gouvernement. Les États membres doivent examiner les mesures politiques intersectorielles nécessaires pour la santé, qui recoupent les maladies et les facteurs de risque. C'est ce qu'on appelle l'approche de la santé dans tous. Les instruments juridiques tels que les lois sur la santé préventive ou les lois sur le travail et l'environnement ont un rôle important à jouer.

Cependant, les ministères de la Santé doivent avoir la capacité institutionnelle de planifier, de défendre et de mesurer les impacts sur la santé de tous ces déterminants variés, et ils devraient en rendre compte. Les pays ont besoin d'un cadre institutionnel bien équipé et compétent sous l'égide du ministère de la Santé pour surveiller et intervenir en permanence sur les conséquences sanitaires des politiques de développement dans tous les secteurs. Le renforcement des capacités et de la responsabilisation des ministères de la Santé pour un tel rôle est l'un des principaux défis que l'OMS doit relever.

Réaliser l'intégration au niveau des communautés locales

L'intégration est également portée au niveau des communautés locales. C'est à ce niveau que la logique bureaucratique des « secteurs » institutionnels a le moins de sens. Le plaidoyer communautaire est un moteur essentiel pour encourager la collaboration intersectorielle. Ce sont souvent les prestataires de soins de santé primaires qui voient le plus clairement la nécessité d'une action intersectorielle, mais qui travaillent souvent dans des environnements incitatifs qui découragent le plaidoyer nécessaire.

Il est nécessaire d'adopter des lois sur la santé publique et la sécurité sociale qui habilent les autorités locales à garantir des conditions de travail et de vie appropriées à la population et à mettre en place le soutien social, la sécurité sociale et les mesures de discrimination positive

nécessaires pour atteindre les couches les plus pauvres et les plus marginalisées. Les interventions à ce niveau sont en grande partie liées à la nutrition, à l'eau et à l'assainissement, à la pollution, à l'accès à la santé et à tous les services liés à la santé, aux quartiers sains, au logement, etc. Les gouvernements locaux ont besoin des finances et des capacités nécessaires pour mettre en œuvre ces interventions. Dans les communautés où les élites locales dominent, l'État devra peut-être intervenir pour assurer l'équité.

Réaliser l'intégration par le renforcement des systèmes de santé

Le renforcement et la (ré)organisation des systèmes de santé sont nécessaires pour assurer la prestation des services requis de manière intégrée, y compris les services d'éducation sanitaire et de soins de santé préventifs et promotionnels nécessaires et la continuité des soins à tous les niveaux. Il n'est ni possible ni souhaitable de traiter ce large éventail de problèmes de santé par le biais d'un programme vertical pour chacun. Ni l'approche 5*5 ni le modèle des meilleurs achats ne se prêtent à l'intégration. Ils élargissent les forfaits actuels hautement sélectifs avec quelques interventions supplémentaires, mais continuent avec l'état d'esprit sélectif et vertical. Les meilleurs achats basés sur le rapport coût-efficacité des interventions individuelles pourraient être trompeurs. Les résultats seraient différents lorsqu'ils seraient évalués en tant qu'éléments de soins de santé intégrés complets qui utilisent pleinement les ressources humaines et les installations de santé déployées.

Réduire la fragmentation entre les services spécifiques à une maladie est un objectif important. Les efforts d'intégration dans la prestation des services de santé comprendraient des mesures visant à

1. Promouvoir la recherche sur les modèles de systèmes de santé et partager les meilleures pratiques en termes de traitement intégré des MNT. Certaines des questions sont : Quelle serait la composition et les compétences des équipes de soins primaires ? Comment la logistique des consommables et des diagnostics soutiendrait-elle les équipes de soins primaires et quelles innovations technologiques aideraient ? Comment les aiguillages vers un plus grand nombre de spécialistes diversifiés et la continuité des soins seraient-ils abordés ? Comment le suivi et la supervision peuvent-ils être organisés de manière intégrée, sans structures de contrôle distinctes et sans plateformes électroniques distinctes pour chacun de ces problèmes de santé et facteurs de risque, de sorte que nous n'ayons pas un système distinct pour chaque maladie ? La prévention et la prise en charge de l'éventail élargi de maladies traitées doivent être intégrées dans les opérations courantes, notamment au niveau des ressources, de la logistique, des profils de main-d'œuvre et des structures d'incitation ;
2. Encourager les ministères et départements de la santé à renforcer la participation des communautés à la planification de la santé, à la responsabilisation du système de santé et à la promotion de la santé
3. Élargir l'enveloppe budgétaire des soins de santé grâce à des mécanismes de financement public plus adaptés qui peuvent soutenir l'expansion de la variété et de la quantité de services fournis.
4. Mettre l'accent sur l'inégalité et la discrimination en tant que facteurs de mauvaise santé et obstacles à l'action en matière de santé, et planifier une action positive pour atteindre

les communautés pauvres et marginalisées pour tous les besoins en matière de santé. Identifier et réformer les incitations qui donnent actuellement la priorité aux sections les plus riches et les plus aisées, mais excluent les sections les plus pauvres et les plus marginalisées pour la prestation de soins aux malades ;

5. Forte capacité de mise en œuvre des politiques, y compris les leviers réglementaires et fiscaux ; l'évolution vers un financement à payeur unique ;
6. Investir dans les ressources humaines pour la santé, en particulier dans les ASC et les sages-femmes.

Projet de résolution ([EB154\(7\)](#)) sur « l'amélioration de la disponibilité, de l'accès éthique et de la surveillance de la transplantation de cellules, tissus et organes humains »

Le MSP accueille favorablement le projet de résolution (transmis dans le [document EB154/7](#)) et exhorte l'Assemblée à l'adopter. L'OMS participe depuis un certain temps à la collecte de données mondiales et fournit des conseils aux pays dans ce domaine par le biais de principes directeurs périodiques. Cependant, nous constatons qu'il existe un écart important entre les principes directeurs de l'OMS et la réalité sur le terrain.

Le domaine de la transplantation de cellules, de tissus et d'organes a connu des avancées majeures tant dans la science que dans les applications cliniques au cours des dernières années. La principale approche de santé publique pour la prise en charge des maladies chroniques entraînant des défaillances d'organes doit être une bonne qualité et une bonne couverture de la prévention primaire et secondaire. Cependant, compte tenu de l'ampleur de l'épidémie de MNT et de l'efficacité croissante des greffes par rapport à d'autres traitements d'entretien coûteux, la transplantation est désormais une partie importante du traitement de la défaillance d'organes en phase terminale. Le domaine est à la fois coûteux et coûteux, et l'activité sur le terrain est actuellement largement limitée aux pays à revenu élevé. Compte tenu des risques pour le « donneur vivant », les organes provenant d'un « don décédé » doivent être promus comme source principale d'organes. Cela s'est produit dans certains pays à revenu élevé.

Il est urgent que les pays du Sud disposent d'une législation habilitante ainsi que de facilités permettant à leurs résidents de bénéficier de ces avancées. Tous les problèmes d'inégalité d'accès se posent sous leurs formes les plus graves lorsque nous envisageons l'accès à la transplantation. Cette situation est encore aggravée dans certains pays par l'implication croissante du secteur privé, stimulée par des marges bénéficiaires beaucoup plus élevées. Dans certains pays, le secteur privé a occupé des espaces laissés vacants par le système de santé public. Compte tenu des incitations élevées au profit dans le secteur privé, cela a entraîné des activités contraires à l'éthique et même criminelles. Ce phénomène n'a pas été suffisamment abordé dans le document.

Nous notons avec préoccupation qu'en dépit de la législation de plusieurs pays, ce domaine continue de souffrir d'activités criminelles et contraires à l'éthique, y compris le trafic d'organes. Compte tenu de la demande, de l'offre, de l'écart dans la disponibilité des organes et de la

vulnérabilité de certaines couches de la société, la coercition et l'incitation financière des donneurs vivants sont bien connues. De plus, comme la transplantation n'est disponible que dans quelques pays, il y a des voyages à grande échelle pour des raisons médicales au-delà des frontières. Cela comprend à la fois les voyages légitimes et les voyages à des fins de don d'organes rémunéré (tourisme de transplantation). Dans certaines parties du monde, le tourisme de transplantation constitue une part importante de l'industrie du tourisme médical. Le document n'indique pas clairement les dangers de la promotion des voyages pour la transplantation dans le cadre du tourisme médical qui pourrait servir de couverture à la transplantation illégale.

Bien que le projet de résolution couvre une bonne partie du terrain, nous demandons instamment qu'il adopte une position plus claire et formule des recommandations sur les questions suivantes

1. La responsabilité des gouvernements d'assurer le développement de la transplantation d'organes et de tissus en tant que partie intégrante de leur système de santé et de décourager son transfert vers le secteur privé. Cela implique l'allocation de budgets spécifiques ainsi que le renforcement des capacités dans le secteur public.
2. La responsabilité des gouvernements de protéger les groupes vulnérables du pays contre la contrainte ou l'incitation à donner des organes pour ceux qui sont plus élevés dans la hiérarchie sociale. En plus des vulnérabilités historiques liées au genre, à la classe, à la caste, à l'ethnicité, aux minorités et aux personnes persécutées politiquement, il existe des preuves récentes que des migrants ont été attirés par des dons.
3. Si les gouvernements doivent promouvoir le don de personnes décédées et les dons vivants, ils doivent également veiller à ce que les organes donnés, en particulier ceux provenant de donneurs décédés, soient attribués sur la base de critères transparents plutôt que sur la capacité d'un receveur à payer pour la procédure de transplantation. *En d'autres termes, traiter l'organe donné comme un bien public qui est distribué selon le principe de l'équité et de la justice.*
4. La responsabilité des gouvernements de s'engager à respecter des niveaux élevés d'éthique et de transparence tant dans leur politique nationale de transplantation que pour les mouvements transfrontaliers de patients et d'organes
5. Le mandat de fournir des données complètes et fiables aux bases de données mondiales. Cela inclut des données sur les voyages pour la transplantation à l'extérieur et à l'intérieur du pays, car cela est crucial pour freiner les mouvements d'individus pour une transplantation contraire à l'éthique.
6. La responsabilité des organes de l'ONU comme l'ONUDC et Interpol de fournir une assistance aux régulateurs locaux et aux forces de l'ordre pour réprimer le trafic d'organes, en particulier celui impliquant des mouvements transfrontaliers.

Enfin, nous notons que si la transplantation d'organes moderne a donné un souffle et une qualité de vie aux personnes souffrant d'insuffisance organique terminale, compte tenu de l'énormité du défi, la communauté mondiale doit continuer à s'efforcer de prévenir. Même si le

nombre de transplantations peut augmenter, il doit y avoir une mesure claire des taux de transplantation nécessaires par population et par population de maladies chroniques en baisse.

Nous sommes également préoccupés par le fait que la disponibilité croissante de donneurs décédés ne soit pas due à l'échec des mesures préventives, dont la plus importante dans les pays à revenu faible et intermédiaire est peut-être la sécurité routière, en particulier les piétons et les motocyclistes impliqués dans des accidents de la route en raison de très mauvaises mesures de sécurité routière.

11.3 Prévention et contrôle des infections

- [Gros plan](#)
- [Arrière-plan](#)
- [Commentaire du PHM](#)
 - [Plan d'action mondial](#)
 - [Projet de résolution](#)

Gros plan

Extrait du rapport de synthèse de la DG ([A77/4](#)) :

À sa 154^e session, le Conseil d'administration a pris note du rapport concernant le projet de plan d'action mondial pour la prévention et la lutte contre les infections ([EB154/8](#)). Il a adopté la décision [EB154\(8\)](#) dans laquelle il a recommandé à l'Assemblée de la Santé d'adopter le plan d'action mondial et le cadre de suivi pour la prévention et la lutte contre les infections à l'horizon 2024-2030.

A77/4 (paragraphe 22) invite l'Assemblée à adopter la résolution recommandée par le Conseil d'administration dans le document EB154(8)

Arrière-plan:

[Liens de suivi](#) vers les précédentes discussions mondiales de l'IPC sur l'IPC

[Stratégie mondiale de prévention et de lutte contre les infections](#) et résumé analytique ([EB152/8](#)).

Commentaire du PHM

Ce point de l'ordre du jour est devenu très urgent après la pandémie de Covid 19, où les hôpitaux ont été une source majeure de propagation et où, en raison de ce risque, les services de routine ont été perturbés. C'est également un centre d'attention car il est étroitement lié au programme de résistance aux antimicrobiens, qui est devenu une crise sanitaire mondiale majeure, et un sommet de haut niveau des Nations Unies se tiendra en septembre de cette année.

Plan d'action mondial

Le plan d'action proposé, présenté dans le [document EB154/8](#), définit des actions, des indicateurs et des objectifs pour chacune des huit orientations stratégiques de la stratégie mondiale.

Le plan d'action proposé suppose également la mise en œuvre des dispositions du [plan WASH](#), du [plan d'action mondial pour la sécurité des patients](#) et du [plan d'action mondial sur la](#)

[résistance aux antimicrobiens](#) (RAM). Les [annexes supplémentaires 1 à 4](#) accompagnant le présent rapport fournissent de plus amples détails, y compris la théorie du changement. Les annexes sont des ressources essentielles pour permettre aux États Membres de formuler et de mettre en œuvre leurs propres plans d'action (voir les paragraphes 1 à 11 du rapport).

Appréciation

Le plan d'action proposé doit être salué. La question est cruciale et les dispositions du plan sont généralement très pratiques et utiles. Cependant, nous critiquons la pensée verticale qui caractérise une grande partie du plan d'action et le fait de ne pas reconnaître pleinement l'éventail plus large de ressources et de capacités génériques nécessaires à la prévention et au contrôle des infections.

Portée : nécessité d'englober la collectivité et l'établissement

Alors que le document EB154/8 se concentre sur la PCI dans l'établissement, le point 13 sur la RAM, qui inclut la PCI comme une priorité stratégique clé, traite de la prévention des infections dans la communauté ainsi que dans l'établissement. Il y a de solides arguments en faveur de cette solution, car il est difficile et inadéquat d'assurer l'approvisionnement en eau potable, l'assainissement, l'hygiène et l'élimination des déchets dans l'installation uniquement, sans tenir compte de l'environnement urbain dans lequel elle se trouve. Cependant, la lutte contre les infections dans la communauté nécessite une législation de santé publique capable de faire respecter les droits des citoyens en matière d'eau potable, d'assainissement et de mesures d'hygiène dans la communauté. De nombreux pays ont de telles lois, avec les institutions gouvernementales locales comme responsables, mais les gouvernements locaux ne disposent généralement pas des capacités et des pouvoirs financiers nécessaires pour jouer ce rôle. Conformément à la mentalité coloniale, dans laquelle la législation sur la santé publique est généralement issue, de nombreuses lois sur la santé publique transfèrent la responsabilité aux citoyens individuels et ciblent dans la pratique les communautés marginalisées, en particulier les migrants, comme sources d'infections. Étant donné que ces communautés sont les principales victimes d'une mauvaise hygiène, cette culpabilisation ne fait qu'ajouter l'insulte à l'injure et aggraver le problème. Cependant, si cette stratégie est interprétée comme ne concernant que l'installation, cela excuserait le rapport de ne pas s'intéresser aux préoccupations plus générales.

Le MSP appelle l'AMS à demander au Secrétariat de retravailler ce plan d'action pour englober la PCI dans la communauté ainsi que dans l'établissement.

Pensée verticale

La première orientation stratégique (« engagement politique et politiques ») appelle à un plan d'action national pour la PCI intégré dans les plans nationaux de santé. Cependant, l'orientation stratégique prévoit également un budget dédié à l'IPC et l'élaboration d'un dossier d'investissement financier national pour l'IPC.

Il n'est pas justifié d'allouer un budget spécifique à la PCI au niveau national et au niveau des installations.

Dans la plupart des pays, il existe des mécanismes institutionnels qui sont mis en place pour englober la prévention et le contrôle de la PCI ainsi que d'autres objectifs connexes. La nécessité de créer des structures institutionnelles de novo pour la PCI devrait dépendre du contexte. Une grande partie du cadre réglementaire de la PCI devrait être intégrée dans les lois de santé publique et les systèmes de gouvernance clinique au niveau des établissements (qui vont au-delà de la prévention des infections telle qu'elle est interprétée de manière restrictive, mais sont essentiels pour la PCI). Les exigences en matière de PCI doivent être un sous-ensemble des normes nationales de santé publique et ne doivent pas être présentées comme des dispositions autonomes.

La prévention et le contrôle des infections au niveau des établissements sont étroitement liés à la prévention et au contrôle de la résistance aux antimicrobiens, et bon nombre des stratégies et des activités requises sont également nécessaires pour lutter contre ces deux aspects.

La nécessité d'avoir un « dossier d'investissement pour la PCI » distinct, différent et distinct des questions plus larges des normes de santé publique, envoie un signal indiquant que les donateurs devraient investir dans la PCI plutôt que dans l'amélioration des normes de santé publique et le renforcement des établissements de santé.

Les indicateurs spécifiés en ce qui concerne la PCI sont nécessaires pour la PCI, mais seraient également plus utiles et exploitables en tant qu'éléments d'un système de surveillance et de suivi plus large.

L'orientation stratégique 3 est axée sur l'intégration et est la bienvenue. Les programmes avec lesquels l'intégration est recherchée comprennent « ceux sur la résistance aux antimicrobiens ; santé au travail ; la sécurité des patients ; les urgences de santé publique ; la qualité des soins ; les déchets liés à l'eau, à l'assainissement, à l'hygiène et aux soins de santé ; et des maladies infectieuses spécifiques (telles que l'infection par le VIH et la tuberculose). C'est bien dit, mais le problème auquel la plupart des pays à revenu faible et intermédiaire seront confrontés est qu'à l'exception de ce dernier, sur l'infection par le VIH et la tuberculose, ils n'ont actuellement aucun programme établi à l'échelle des autres.

Ressources humaines

L'orientation stratégique 4 concerne le renforcement des capacités et met correctement en évidence l'ampleur des interventions requises pour les capacités. La principale limitation reste son orientation verticale. Par exemple, il faut un professionnel de la PCI à temps plein dans chaque hôpital, alors que de nombreux hôpitaux n'ont pas de personne qualifiée à temps plein en administration hospitalière ou de microbiologiste à temps plein. Il serait préférable d'insister sur les deux derniers, ainsi que sur une stipulation que tous les programmes d'administration hospitalière comprennent une formation adéquate sur la PCI et que les microbiologistes travaillant en milieu hospitalier soient formés et certifiés en PCI soit dans le cadre de leur programme de post-diplôme, soit séparément.

Des données pour l'action

Dans l'orientation stratégique 5, le plan lance un appel bienvenu aux données pour agir. Cependant, le plan devrait reconnaître que cela nécessiterait la mise en place de systèmes de surveillance des maladies, de systèmes de suivi de la PCI et de systèmes d'information hospitaliers adéquats, qui sont tous essentiels pour obtenir des données efficaces, abordables et durables pour l'action en matière de PCI.

Reconnaissant l'élargissement des ressources et des capacités génériques nécessaires pour la PCI

La deuxième orientation stratégique (programmes actifs de PCI) réitère l'appel à des programmes et des plans pour différents niveaux, mais ne reconnaît pas l'éventail plus large de capacités que ceux-ci nécessiteront. Il comprend un objectif qui mesure « la proportion d'établissements ayant mis en œuvre des interventions basées sur des stratégies multimodales pour réduire les infections nosocomiales spécifiques en fonction des priorités locales ». C'est beaucoup plus facile à dire qu'à faire. Sans un bon niveau de capacité de laboratoire et de spécialistes en microbiologie et de systèmes d'information basés sur les hôpitaux et les établissements de santé, ce n'est qu'un vœu pieux.

Le Plan d'action mondial doit reconnaître ces exigences comme des conditions préalables. Ces conditions *ne peuvent être* remplies si la compréhension globale de la feuille de route vers la CSU passe par l'achat d'ensembles de services essentiels minimalistes et rentables.

L'orientation stratégique 3 prévoit un indicateur, « la proportion d'infections du sang dues à *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline, à *Acinetobacter* spp., *Klebsiella* spp. et *Pseudomonas* spp. résistants aux carbapénèmes ». Cependant, cela nécessite un laboratoire, une capacité spécialisée en microbiologie et un système d'information hospitalier capable d'acquérir, de traiter et de fournir des informations sur les profils de résistance, dans tous les établissements, publics et privés.

En résumé

Ni la PCI ni la RAM ne peuvent être traitées séparément de la nécessité :

1. Des systèmes d'information sur les soins de santé qui fonctionnent bien, capables de documenter et d'analyser les modèles et les tendances en matière d'infection et de résistance aux antimicrobiens ;
2. Des programmes de surveillance des maladies qui fonctionnent bien, y compris la reconnaissance des schémas d'infection et de résistance aux antibiotiques, adéquats pour guider les prestataires ;
3. Des systèmes d'assurance qualité qui incluent toutes les exigences en matière de PCI et de RAM, y compris les normes WASH et l'adoption et l'utilisation de protocoles de traitement standard ;
4. Capacité microbiologique adéquate pour identifier l'infection, sa source et ses profils de résistance ; une partie de la garantie de l'accès à des soins primaires, secondaires et

tertiaires de bonne qualité, par opposition à l'achat de forfaits de soins minimalistes auprès de prestataires privés ;

5. Personnel de soutien adéquat requis pour assurer les normes WASH (eau, assainissement, hygiène et élimination des déchets) et pour les nombreuses fonctions associées à la PCI avec des conditions d'emploi appropriées qui garantiraient la performance ;
6. Approvisionnement adéquat en consommables nécessaires, y compris les EPI pour assurer une bonne hygiène et d'autres aspects du PPP ;
7. Une réglementation adéquate des établissements cliniques privés afin de garantir que toutes les normes ci-dessus sont également assurées dans le secteur privé ; les gouvernements peuvent atteindre les objectifs ci-dessus par des mesures administratives, mais pour le secteur privé, les dispositions juridiques sont essentielles ; Celles-ci doivent également être intégrées dans tous les achats de soins auprès du secteur privé ;
8. La création d'une capacité institutionnelle pour les normes nationales de santé publique et l'assurance et l'amélioration de la qualité, y compris des dispositions qui garantissent toutes les mesures ci-dessus requises pour la PCI, mais aussi la sécurité des patients, la RAM, des soins cliniques efficaces, une planification de la santé publique fondée sur des données probantes, la satisfaction des prestataires et la satisfaction des patients.

Ce paquet nécessiterait certainement plus de fonds, mais les fonds donneraient de meilleurs résultats. Les États membres devraient considérer la réalisation de la PCI comme un sous-ensemble de la réalisation de soins de santé universels complets de bonne qualité plutôt que comme distincte de celui-ci.

Mises en garde et recommandations du MSP dans la résolution [EB154\(8\)](#)

Le MSP salue et apprécie l'initiative de l'OMS dans ce domaine. Toutefois, il fait les observations et les mises en garde suivantes au sujet du projet de résolution tel qu'il est actuellement rédigé :

- a) Il n'y a pas de lien établi entre la PCI dans la communauté et dans l'établissement, bien que dans le monde réel, cela ne puisse être séparé. Même la résolution sur le TMI aborde ce problème ensemble. Pour y remédier dans la communauté, il faut des normes de santé publique juridiquement exécutoires. Cela nécessite également l'engagement de la communauté. Nous notons également que cette stratégie telle qu'elle se présente aurait pu être mieux nommée « PCI à l'hôpital public » qui n'est qu'un sous-ensemble de « PCI dans tous les hôpitaux » et qui n'est qu'un sous-ensemble de PCI à l'échelle de l'ensemble de la population.
- b) L'ensemble de la stratégie, même si elle se limite aux établissements de santé publics, est beaucoup trop une approche en silo vertical, avec très peu d'intégration malgré l'intégration de l'une des 8 stratégies. Il nécessite des comités dédiés à l'IPC, des effectifs, des flux de données, des professionnels, des plans d'investissement, des financements, etc. Chaque sous-composante, y compris quelque chose comme l'hygiène des mains, est présentée comme une verticale nationale et il existe de

nombreuses sous-composantes de ce type. Il est peu probable que cela se produise ou se poursuive. Chacun d'entre eux doit être intégré dans les composants du système correspondants. À titre d'exemple :

- i) Les RH pour IPC font partie de la planification des RH des installations
 - ii) Les données pour IPC/HAI/WASH font partie des systèmes d'information hospitaliers et devraient alimenter les systèmes de surveillance des données
 - iii) La surveillance des infections nosocomiales et de la résistance aux antimicrobiens fait partie de la capacité microbiologique et de laboratoire de l'installation
 - iv) La formation, la certification et les audits devraient faire partie des programmes de gestion des installations et d'assurance qualité. La PCI est un élément de l'assurance qualité et ne peut pas être maintenue en tant qu'élément autonome en dehors des autres éléments de l'assurance qualité.
 - v) Les comités et le personnel pourraient faire partie des comités de développement des installations et d'assurance de la qualité et non des comités de PCI autonomes, et ceux-ci devraient avoir une participation sociale éclairée et adéquate.
 - vi) Le financement de la PCI ne peut et ne doit pas être distinct du financement du renforcement des facilités et de l'assurance qualité.
- c) Il n'y a aucune mention de la manière dont l'un de ces objectifs sera réalisé dans le secteur privé. La réglementation du secteur privé doit intégrer cela, mais aucune forme de réglementation de la qualité, de l'éthique ou des prix n'est en place dans de nombreux pays.

Dans l'ensemble, bien qu'il s'agisse d'un pas dans la bonne direction, il s'agit d'une proposition très incomplète avec de nombreuses mises en garde. Les objectifs fixés sont trop modestes et, s'ils sont bien intégrés, il n'y a guère de raison pour que davantage de pays ne puissent pas entreprendre un grand nombre de stratégies qui sont assez élémentaires. Mais en tant que prises isolées, il est peu probable que ces objectifs soient atteints.

9. Programme de vaccination à l'horizon 2030

Gros plan

Extrait du rapport de synthèse de la DG ([A77/4](#)) :

À sa 154^e session, le Conseil exécutif a pris note du rapport sur le Programme de vaccination à l'horizon 2030 ([EB154/9](#)). Au cours des discussions, les membres du Conseil ont exprimé leur soutien au programme d'action commun et à ses six domaines prioritaires à court terme, en particulier l'initiative « Big Catch-Up ». Ils se sont dits préoccupés par le nombre croissant de flambées, en particulier de rougeole, et ont souligné la nécessité de rétablir les niveaux de couverture et de rattraper les enfants manqués pendant la pandémie de COVID-19.

Arrière-plan

[Rapport mondial IA2030 2023](#)

[Liens de suivi](#) vers les discussions précédentes sur la vaccination

Commentaire du PHM

La WHA 77 est invitée à approuver le rapport sur les progrès accomplis dans la réalisation des objectifs mondiaux de vaccination et la mise en œuvre du Programme de vaccination à l'horizon 2030. Le rapport est le même que celui qui a été présenté à la CE et la réponse du MSP reste donc la même. Voir [le commentaire du PHM sur EB154](#)

En bref, le rapport des DG identifie l'impact de la pandémie de COVID-19 sur la vaccination, y compris les revers de la couverture et les perturbations des services essentiels. Si une certaine reprise a été observée en 2022, les progrès ont varié selon les régions et les pays, les difficultés à atteindre les enfants à dose zéro et les disparités en matière de couverture persistant, en particulier dans les pays à faible revenu et la Région africaine. Des défis persistent dans l'élimination de la poliomyélite et de la rougeole, et il y a des épidémies d'un certain nombre de maladies, en particulier la rougeole et le choléra. Le rapport souligne la nécessité urgente d'une action coordonnée, en mettant l'accent sur six domaines prioritaires (renforcement des programmes nationaux, promotion de l'équité, lutte contre la rougeole, plaidoyer pour l'intégration dans les soins de santé primaires, introduction du vaccin et vaccination contre le papillomavirus à l'adolescence) et une initiative de « grand rattrapage » visant à combler les lacunes causées par les vaccinations manquées pendant les années de pandémie et à rétablir les trajectoires de vaccination.

Le MSP fait les observations suivantes concernant le rapport et l'IA 2030 :

1. Pour les stratégies nationales de vaccination, des soins de santé primaires publics solides, centrés sur les communautés et les territoires, sont d'une importance cruciale.

Ces stratégies exigent un niveau élevé de capacité de l'État en matière de planification et de collecte des données sur la vaccination, ce qui est entravé à la fois par la privatisation et l'érosion des systèmes de santé publique. La stratégie actuelle de la CSU, telle qu'elle est mise en œuvre de facto et axée sur les achats stratégiques auprès du secteur privé, n'est pas adaptée à cet objectif. Son échec est particulièrement évident lorsqu'il s'agit d'atteindre les communautés marginalisées ou lorsque les systèmes sont mis à rude épreuve, comme ce qui s'est passé pendant la pandémie.

2. De plus, les soins de santé primaires centrés sur la communauté sont nécessaires pour évaluer les nouvelles technologies à intégrer dans les programmes d'immunisation. Souvent, une approche centrée sur la technologie laisse derrière elle une vision plus large des systèmes de santé et des facteurs sociaux et économiques qui encadrent ce qui est possible. La vaccination ne réussit jamais isolément des autres interventions de santé publique. Pourtant, l'accent mis sur les vaccinations se substitue le plus souvent à toutes les autres interventions de santé publique nécessaires. Aucune mention de cette préoccupation n'est faite dans le rapport.
3. La couverture vaccinale dépend fortement d'une densité adéquate d'agents de santé motivés et formés dans les services de santé publique avec une répartition géographique optimale. Le manque d'accent mis dans le rapport sur les agents de santé et leur rôle dans le programme de vaccination doit être corrigé.
4. Les défis associés au manque d'agents de santé et de chaînes d'approvisionnement sont les plus importants dans les zones de conflit, où les obstacles à la couverture vaccinale sont exacerbés par la guerre et les conflits. Il est essentiel de comprendre l'interaction entre la guerre et la santé dans un cadre géopolitique plus large.
5. Le rapport du DG n'aborde pas les questions concernant le pouvoir des entreprises et l'abordabilité et la disponibilité des vaccins. La production de vaccins est de plus en plus tombée sous le contrôle de grandes sociétés pharmaceutiques principalement basées en Europe occidentale, aux États-Unis, au Japon et, plus récemment, en Chine et en Inde. Les stratégies monopolistiques employées par ces entreprises - utilisation des droits de propriété intellectuelle, y compris les brevets et le secret industriel, restriction de l'accès aux échantillons biologiques et plaidoyer pour l'exclusivité des données dans les essais cliniques - entraînent des prix élevés et des pénuries. La pandémie de Covid-19 a mis en évidence les limites de ce modèle, révélant des difficultés à augmenter la production. La pandémie a également montré clairement que l'innovation en matière de vaccins est fortement financée par des ressources publiques et que le gouvernement n'a aucun droit sur la propriété intellectuelle créée. Des mesures telles que les dérogations à l'Accord sur les ADPIC, la mise en œuvre des flexibilités des PST, telles que les licences obligatoires, la transparence concernant les coûts d'innovation et de fabrication, le transfert de technologie, y compris le partage d'échantillons de matériel biologique, sont toutes essentielles pour l'accès aux vaccins. Des stratégies telles que l'approvisionnement groupé se sont avérées efficaces pour renforcer le pouvoir de négociation des États et leur capacité à soutenir les stratégies nationales de vaccination. Par exemple, le Fonds renouvelable de l'OPS dans les Amériques sert de modèle louable à renforcer et à reproduire dans le cadre de l'IA 2030. Le rapport des DG et l'IA 2030 ne traitent pas ces questions de manière adéquate.

6. Le MSP appelle à la transparence sur la part du budget de la santé et dans ce cadre consacrée aux vaccins et sur la question de savoir si les objectifs de l'OMS visant à introduire davantage de vaccins pour les enfants et les adultes sont rentables et scientifiquement prioritaires dans les budgets actuels et prévus. On craint qu'avec les budgets de santé publique actuellement limités, l'argent dépensé pour les vaccins profite aux produits pharmaceutiques privés tout en déplaçant d'autres soins cliniques essentiels vers le secteur privé. L'absence d'introduction de certains des vaccins approuvés et promus par l'OMS peut en effet être une décision rationnelle pour de nombreux pays, étant donné le manque de soutien financier dont ils disposent. Dans ce contexte, il est important d'assurer le renforcement des capacités des groupes consultatifs techniques nationaux sur la vaccination et de leurs homologues régionaux, notamment en ce qui concerne les méthodes d'estimation des coûts d'opportunité de l'introduction de nouveaux vaccins, compte tenu des facteurs sociaux et économiques du pays et de la région ;

10. Stratégie pour mettre fin à la tuberculose

Gros plan

Extrait du rapport de synthèse de la DG (A77/4) :

À sa 154^e session, le Conseil d'administration a pris note du rapport sur la Stratégie pour mettre fin à la tuberculose ([EB154/10](#)). Au cours des débats, les membres du Conseil ont exprimé leur ferme soutien au rôle moteur de l'OMS dans la lutte contre la tuberculose. Ils ont souligné la nécessité d'accroître les investissements, la collaboration multisectorielle, l'accès équitable aux services de lutte contre la tuberculose, la recherche et l'innovation afin d'atteindre les objectifs et les cibles convenus dans la Stratégie pour mettre fin à la tuberculose et la [déclaration politique de 2023](#) de la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la lutte contre la tuberculose.

Arrière-plan

[Stratégie pour mettre fin à la tuberculose](#) : Stratégie mondiale et cibles pour la prévention, le traitement et la lutte contre la tuberculose après 2015.

[WHA67.1](#) : Adoption de la stratégie pour mettre fin à la tuberculose

[Commentaire du PHM sur EB154](#) (janvier 2024)

[Commentaire du MPS](#) à la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies de 2023

Commentaire du PHM

Comme pour réaffirmer le commentaire du MSP en janvier 2024 pour l'EB154, malgré la reprise des progrès et de la reprise en 2022, les indicateurs restent loin des objectifs cibles, d'autant plus dans les 30 pays les plus touchés par la tuberculose. L'incidence et la mortalité restent élevées, la couverture thérapeutique stagne et les traitements préventifs augmentent trop lentement.

Tout cela est toujours lié au problème flagrant lié au manque d'accès au traitement, ou à la mauvaise facilitation, en particulier dans les institutions publiques. De faibles filets de sécurité socio-économiques pour les charges financières éventuelles des patients et de leurs familles, en particulier dans les populations vulnérables et dans les pays à forte charge de morbidité de la tuberculose, continuent également d'alourdir la charge des patients. Un nombre important de cas symptomatiques sont encore manqués, soit en raison des coûts des soins entraînant des dépenses de santé catastrophiques, soit parce qu'ils ne recherchent tout simplement pas d'interventions par peur des dépenses ou parce qu'ils n'ont pas d'équipe de soins primaires suffisamment fonctionnelle et acceptable à laquelle ils peuvent accéder. Un autre facteur est la stigmatisation sociale qui accompagne la tuberculose, en raison du faible engagement du

programme auprès des communautés locales et de la désinformation et des craintes considérables concernant la maladie.

L'accès aux tests de diagnostic rapide couvre encore à peine la moitié de l'objectif de 100 % en raison de divers obstacles liés à l'approvisionnement, notamment les difficultés d'approvisionnement en kits et en réactifs, les problèmes de gestion de la chaîne d'approvisionnement et le renforcement des capacités pour les tests. Pendant ce temps, les formes précoces de diagnostic ne permettent pas d'obtenir l'accès et la sensibilisation nécessaires pour détecter les niveaux élevés de maladie latente dans la population.

Il est également incertain d'atteindre les objectifs de détection et de traitement de l'infection latente, alors que la maladie elle-même est un tel problème.

Le document d'orientation appelle à s'attaquer aux déterminants sociaux tels que la nutrition, la santé au travail et la surpopulation, mais il n'y a pas de programmes de questions qui puissent être abordés par les divisions de la tuberculose. Ce sont des déterminants structurels, qui nécessitent des changements dans la politique gouvernementale et bien souvent une approche idéologique modifiée de l'aide sociale et des biens publics.

La plupart des pays à forte charge de morbidité continuent d'être des zones où les soins de santé primaires sont médiocres. En l'absence d'un accès universel aux soins de santé primaires gratuits fournis par des prestataires publics ou à but non lucratif, il n'y a aucun progrès dans la réduction des dépenses directes élevées pour le patient ordinaire, malgré les programmes de traitement de la tuberculose gérés par le gouvernement et le faible accès aux médicaments et aux modalités de diagnostic, qui comprennent de nouveaux médicaments pour lutter contre la tuberculose multirésistante. La faiblesse des dépenses publiques pour les installations et l'embauche de personnel de santé dans les centres de santé locaux, en particulier dans les zones éloignées, contribuent aux lacunes en matière de soins de santé primaires et d'accès aux médicaments et aux diagnostics.

La stratégie End TB était basée sur la prédiction qu'un nouveau menu de vaccins, de diagnostics et de régimes médicaux serait disponible d'ici 2025. Les progrès réalisés en matière de vaccins contre la tuberculose sont limités, mais ils sont loin d'être prouvés et leur mise à l'échelle n'a pas encore été approuvée. Les progrès en matière de médicaments et de diagnostics sont également limités. Cela s'explique en partie par le fait que l'ampleur des investissements dans la recherche et l'innovation en matière de tuberculose n'a pas été atteinte. Mais le régime actuel d'innovation et de développement, ainsi que les obstacles aux brevets, réagissent tout aussi à la lenteur de la mise au point de nouveaux vaccins, de diagnostics, de médicaments et d'autres projets de recherche essentiels. Même si elles sont mises au point dans les prochaines années, compte tenu des régimes actuels de DPI et de fabrication, il n'est pas certain que ces technologies puissent être disponibles à des coûts abordables.

Les pays sont confrontés aux problèmes ci-dessus à des degrés divers. Cela exige que l'OMS engage les gouvernements des pays à enquêter sur les causes concrètes qui se produisent sur le terrain et qui affectent la prestation des interventions sanitaires. Cette politique uniforme en ce qui concerne l'introduction des mêmes nouvelles stratégies et technologies dans tous les pays ayant des capacités de systèmes de santé, des contextes sociaux et un accès aux technologies très différents ne fonctionne pas.

Cela est également particulièrement vrai lorsqu'il est mis en relation avec une mise en œuvre défectueuse ou inadéquate de la couverture sanitaire universelle qui cherche à acheter des soins de santé auprès de prestataires privés plutôt que de les fournir par l'intermédiaire de prestataires publics gratuits ou subventionnés. Soins de santé universels basés sur des soins de santé primaires universels. sont des fondements essentiels pour des programmes tels que les interventions contre la tuberculose. Des progrès dans les diagnostics et les traitements peuvent être développés, mais ils seront tous inutiles si les politiques existantes et les systèmes institutionnalisés sur le terrain n'atteignent pas les populations cibles pour conjurer les effets de cette maladie. Les dépenses de santé catastrophiques, en particulier pour la tuberculose multirésistante, restent un risque majeur pour les patients. L'OMS devrait se préoccuper d'interagir avec les pays à la fois pour augmenter les fonds et pour s'assurer que ceux-ci sont prioritaires pour des formes de soins de santé primaires mieux intégrées et non fondées sur le marché.

En outre, il y a un manque de dispositions et d'engagement avec les gouvernements des pays pour renforcer d'autres déterminants sociaux qui permettent à la tuberculose de s'aggraver. Ces problèmes comprennent la pauvreté, la sous-nutrition, la migration, les déplacements, les guerres et les conflits, la détresse non planifiée, l'urbanisation, etc., vécus par les populations minoritaires vulnérables, en particulier dans les pays du Sud, en raison des charges financières exacerbées par les vagues de la pandémie de COVID-19. Pour réitérer le commentaire précédent du MSP sur l'EB 154 : « *Aucun pays ne déclare mettre en place un ensemble complet de prestations sanitaires et sociales, bien qu'un certain soutien financier et nutritionnel soit inclus dans certains des programmes nationaux* ».

Sans filets de sécurité socio-économiques en place, des comportements de recherche de santé sous-optimaux seront inévitables, en particulier dans les classes économiques inférieures. La tuberculose est considérée comme une maladie de la pauvreté affectée par une mauvaise sécurité alimentaire, un logement insalubre, des services sociaux médiocres. Bien que ce soit le cas et que les aspects curatifs doivent être abordés, il convient également d'inciter les gouvernements à prendre les précautions nécessaires en matière de prévention, en particulier pour les 30 pays mentionnés qui sont les plus touchés par la tuberculose. Il devrait également y avoir des approches correspondantes dans les secteurs adjacents qui s'attaquent à ces déterminants qui contribuent à la propagation de cette maladie, en particulier dans l'agriculture, le logement approprié et abordable et les services sociaux de base.

Nous réitérons donc nos appels pour le EB 154 : outre les objectifs d'« investissement accru, de collaboration multisectorielle, d'accès équitable aux services de lutte contre la tuberculose, de recherche et d'innovation », nous appelons une fois de plus l'OMS à mettre davantage l'accent sur les efforts multisectoriels pour s'attaquer aux déterminants sociaux qui façonnent les conditions qui perpétuent les épidémies de tuberculose.

En résumé, le MSP appelle l'OMS à repenser la stratégie pour mettre fin à la tuberculose en mettant davantage l'accent sur les éléments suivants.

1. Les soins de santé primaires doivent être renforcés, universalisés et fournis en tant que service public gratuit, et les programmes communautaires d'intervention contre la tuberculose gérés par le gouvernement doivent en faire partie intégrante.

2. Insister sur une approche pangouvernementale pour s'attaquer aux déterminants sociaux de la tuberculose, par une meilleure sécurité alimentaire, une plus grande équité entre les sexes et les revenus, un logement approprié, le maintien de l'action positive dans les populations migrantes et déplacées, et d'autres services sociaux pour tous.
3. En conjonction avec #2, il est nécessaire d'identifier et de surmonter les obstacles spécifiques à chaque pays qui existent en temps réel, en particulier dans les pays à forte charge de morbidité de la tuberculose, et d'engager les gouvernements nationaux à formuler des solutions en utilisant la combinaison appropriée de technologies et de stratégies. Veiller également à ce que les étapes et les échéances de la stratégie de lutte contre la tuberculose soient plus appropriées et spécifiques à chaque pays, tout en tenant compte de leurs réalités sur le terrain. Réaligner les échéances mondiales en fonction de cela, plutôt que de procéder de haut en bas, sur la base de modèles qui semblent être basés sur des hypothèses irréalistes.
4. Veiller à ce que les politiques mondiales d'accès aux vaccins, aux médicaments et aux diagnostics antituberculeux soient conformes à ce que la majorité des pays à revenu faible et intermédiaire, en particulier le groupe des pays africains, exigent dans les négociations du traité sur les pandémies – qui comprend la dérogation aux conditionnalités de l'Accord sur les ADPIC, le transfert de technologies pour promouvoir la fabrication nationale et régionale, des réductions importantes des coûts de ces produits essentiels et des achats groupés par le gouvernement si nécessaire.

11.6 Feuille de route pour les MTN, 2021-2030

Gros plan

Extrait du rapport de synthèse de la DG ([A77/4](#)) :

À sa 154^e session, le Conseil exécutif a pris note du rapport sur la feuille de route pour les maladies tropicales négligées 2021-2030 ([EB154/11](#)). Au cours des discussions, les membres du Conseil ont reconnu l'impact prolongé de la pandémie de COVID-19 sur le financement et la performance des programmes de santé. Ils ont noté la nécessité de soutenir l'innovation en matière de médicaments, de diagnostics et d'approches stratégiques, notamment pour faire face à des menaces telles que le changement climatique, qui peut avoir un impact majeur sur l'épidémiologie des maladies tropicales négligées, et ont reconnu que les difficultés d'accès aux traitements persistaient. Les membres du Conseil ont pris note des progrès accomplis, notamment de la reconnaissance par l'OMS du 50^e pays à éliminer une maladie tropicale négligée et de l'inclusion du noma dans ce groupe de conditions.

Arrière-plan

[Rapport mondial sur les maladies tropicales négligées 2024](#)

Voir aussi [Wallace Review of Global Report](#)

[Commentaire du PHM](#) sur EB154 (janvier 2024)

Commentaire du PHM

Le rapport sur les progrès réalisés sur la feuille de route pour les MTN 2021-2023 a été présenté au Conseil exécutif 154 et a été élaboré dans le <https://www.who.int/teams/control-of-neglected-tropical-diseases/global-report-on-neglected-tropical-diseases-2024>

Étant donné que les MTN ne sont pas un programme unique, mais un ensemble de 28 programmes ayant chacun leur propre dynamique, nous partageons une [brève présentation PowerPoint sur le rapport mondial](#) préparé par Aletha Wallace, une observatrice de l'OMS du MPS, pour faciliter la consultation du rapport complet.

En résumé, le rapport décrit comment la pandémie de COVID-19 a eu un impact négatif sur le financement et la performance des programmes de lutte contre les MTN, les impacts du changement climatique sur l'épidémiologie des MTN ; l'accès persistant aux obstacles aux traitements ; et la nécessité de continuer à soutenir l'innovation dans les domaines des médicaments, des diagnostics et des approches stratégiques intersectorielles. Il a souligné que même par rapport à d'autres services de santé de routine, les programmes de lutte contre les MTN ont subi les plus grandes perturbations, ce qui a conduit à faire dévier l'ensemble du programme.

Comme première remarque générale, il est important de réaffirmer ce que [le PHM a déjà dit lors de l'EB154](#). Il est impossible d'imaginer des progrès significatifs sans un financement adéquat. L'une des principales fragilités de la feuille de route actuelle est mise en évidence par la pandémie de Covid-19 : de nombreux programmes ont été perturbés, le financement et les effectifs ont été réduits, les priorités des donateurs et des pays les plus riches ont changé dans un contexte de tensions géopolitiques croissantes, de montée du militarisme et de la guerre et de scénarios économiques incertains qui ont encore réduit un niveau de financement déjà insuffisant. Comme l'a déclaré le MSP à cette occasion, accepter toute réduction budgétaire des programmes de lutte contre les MTN signifie renoncer à élaborer des solutions pour les maladies évitables qui touchent les plus vulnérables, causent des souffrances et coûtent de nombreuses vies dans les pays du Sud. Et c'est admettre que les maladies négligées continueront d'être négligées. La dépendance à l'égard de donateurs spécifiques à une maladie dont le financement est instable et imprévisible continuera également de freiner les progrès.

Absence de plan de financement : La situation préoccupante actuelle est que (section 3.3.2 du rapport - Coût de la feuille de route), même l'OMS ne dispose pas d'une estimation des coûts de mise en œuvre de la feuille de route et de réalisation de l'objectif. Alors que l'OMS est confrontée à des difficultés majeures en raison du manque de données économiques, le nombre de pays déclarant des dépenses liées aux MTN n'est que de six. Face au retrait massif des ressources des programmes, la stratégie de collecte de fonds et de plaidoyer vise toujours à convaincre les mêmes donateurs de conserver leurs mêmes mécanismes de financement inadéquats. C'est trop peu pour les défis à venir et même pour l'approche limitée proposée par la feuille de route.

Le financement des MTN fait partie de l'augmentation des dépenses de santé publique : il est nécessaire de revoir complètement le financement des programmes de lutte contre les MTN. Premièrement, il devrait s'appuyer beaucoup plus sur les dépenses publiques, ce qui implique à son tour la nécessité d'une justice fiscale, d'un allègement de la dette des pays du Sud et de la fin des mesures d'austérité qui entravent les capacités locales de financement et de structuration d'approches intégrées pour les MTN. C'est également essentiel pour étendre la couverture sanitaire et renforcer les systèmes de santé publique dans leur ensemble. Cela doit être une plus grande priorité dans l'effort de plaidoyer de l'OMS. Même dans les cas où une aide extérieure et des dons sont nécessaires, l'administration et l'allocation des ressources doivent être assurées par le système de santé publique et les autorités sanitaires locales, tout en étant intégrées dans des politiques sanitaires, environnementales et sociales globales.

Rompre avec l'approche verticale : Mais le problème va au-delà du volume et des mécanismes de financement. Un problème clé dans la conceptualisation de la feuille de route est d'insister sur l'ancienne formule de mise en œuvre de programmes spécifiques à des maladies, basée principalement sur l'introduction de solutions techniques biomédicales, mises en œuvre verticalement, financées par des donateurs privés et des pays riches dans le but d'apporter une « aide » aux pays pauvres et de contrôler et d'éliminer sélectivement les maladies qui limitent la productivité économique et sont censées causer la pauvreté. Au cours des 60 dernières années, cette stratégie et cette conception se sont révélées insuffisantes, inadéquates et inefficaces, accumulant beaucoup plus d'échecs que de succès - l'histoire des

programmes de lutte contre le paludisme et la tuberculose (et bien d'autres) est là pour le dire. Cela s'explique par plusieurs raisons. Si l'approche verticale était un problème pour le paludisme et la tuberculose, il est absurde de penser à une telle approche pour d'autres sur la liste comme la gale, ou les helminthiases, ou l'envenimation des serpents ou les maladies d'origine alimentaire. Il n'est ni possible ni souhaitable de construire 28 programmes verticaux délimités, sauf peut-être dans le domaine de la recherche. Pourtant, chacune de ces maladies a des déterminants sociaux immédiats différents et se trouve à des stades d'élimination très différents.

Fragmentation : Une raison étroitement liée à l'insuffisance de la feuille de route actuelle est que l'organisation d'interventions verticales basées sur des maladies spécifiques conduit à une énorme fragmentation des soins de santé et des systèmes de santé, une fois que chaque programme a tendance à avoir sa propre structure, sa gestion, son personnel, ses informations, ses fonds et ses procédures alors que d'autres besoins de santé importants ne sont pas couverts. Cette approche est basée sur l'hypothèse erronée que chaque maladie peut être mieux traitée individuellement et distincte des autres problèmes de santé, et comme si les causes biomédicales de la maladie pouvaient être isolées et traitées par des interventions ciblées et une gestion ciblée des facteurs de risque immédiats. Cela est particulièrement encouragé par les donateurs extérieurs dans les pays à faible revenu dont les systèmes de santé sont médiocres. Au final, ce modèle laisse aux ministères de la santé et aux systèmes nationaux de santé le soin d'être les gestionnaires administratifs de projets privés conçus depuis l'étranger. Bien que de nouveaux « piliers » tels que l'introduction d'« approches transversales » et « le changement des modèles opérationnels et de la culture pour faciliter l'appropriation par les pays » tentent d'atténuer certaines des conséquences du modèle, l'essence de la feuille de route reste la même.

MTN, CSU et SSP - l'inadéquation des stratégies : Le fait est que toute tentative de lutte contre les MTN échouera si elle ne s'accompagne pas d'un renforcement des systèmes de santé publics et universels fondés sur des soins de santé primaires complets et une participation sociale. Au minimum, toute stratégie de lutte contre les MTN devrait être étroitement liée à des stratégies plus larges en matière de systèmes de santé. Mais cette stratégie ne peut pas s'intégrer à l'approche de la couverture sanitaire universelle (CSU), où l'approche de la CSU est axée sur la promotion de régimes d'assurance mixtes segmentés. La nature et la portée limitées de la CSU rendent difficile l'intégration des programmes de lutte contre les MTN dans son cadre. Un exemple de l'échec est l'admission dans les rapports d'un échec à réduire les dépenses directes pour les MTN. C'est très difficile à réaliser maladie par maladie, d'autant plus que la partie thérapeutique pour traiter les maladies graves n'est qu'une petite partie de la stratégie globale. Ni les mesures préventives, ni les mesures de chimiothérapie et de vaccination de masse ne s'inscriront dans l'approche des ensembles essentiels minimaux de CSU.

Ce n'est pas une coïncidence si l'OMS a encore du mal à faire reconnaître et à inclure la couverture des interventions sur les MTN en tant que traceurs des progrès en matière de CSU (voir la section « 3.2.3 Intégration dans les systèmes de santé nationaux »). En d'autres termes, alors que les personnes préoccupées par les MTN soulignent que la lutte contre ces maladies

est essentielle pour atteindre la CSU, la stratégie de la CSU ne semble pas s'inquiéter de beaucoup de choses au-delà de ce qu'elle mesure pour la couverture et la protection financière. Et à cet égard, comme l'a montré la récente évaluation de l'OMS, le monde est loin d'avoir progressé dans la réalisation des objectifs de développement durable liés à la CSU. De plus, la même session reconnaît l'importance des soins de santé primaires pour le succès de l'intervention sur les MTN, mais la feuille de route dans son ensemble n'indique aucune action cohérente pour répondre à ce besoin. Dans le même temps, la préférence de la CSU pour les services essentiels fournis par le secteur privé entrave des approches plus globales des soins de santé primaires qui incluent non seulement les MTN, mais aussi un éventail beaucoup plus large de besoins en matière de santé, avec l'engagement communautaire, la participation sociale, la compétence culturelle et l'action intersectorielle dans les territoires.

Déterminants sociaux des MNT : Le programme sur les MTN touche à certains déterminants sociaux proximaux tels que l'hygiène des mains ou l'assainissement abordés par le biais de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène, mais il ne touche pas ou ne prend pas en compte la détermination sociale de la production et de la reproduction des MTN qui sont subsumées dans d'autres processus sociaux, économiques et politiques plus larges.

Un bon exemple de cette limitation est l'épidémie actuelle de dengue en Amérique latine. L'incidence en 2024 est 243 % plus élevée qu'en 2023 et 445 % supérieure à la moyenne des 5 dernières années. Au cours des dernières décennies, la dengue s'est étendue à de nouveaux pays et à de nouvelles régions qui n'étaient pas endémiques auparavant. Les approches traditionnelles des programmes verticaux et de la lutte antivectorielle ont échoué de façon dramatique alors qu'elles se concentrent sur l'élimination d'*Aedes aegypti*, y compris l'utilisation douteuse de pesticides. Le fait est que la prolifération des vecteurs est stimulée par des processus et des conditions structurels tels que la médiocrité des infrastructures urbaines, de l'assainissement et des conditions de vie dans les grandes villes ségréguées, le modèle économique extractiviste qui dévaste les écosystèmes, l'augmentation de la température moyenne et l'intensification des événements climatiques extrêmes tels que les inondations, les tempêtes de pluie, les sécheresses, les vagues de chaleur, etc. Alors que les nouveaux vaccins brevetés contre la dengue avec une faible production locale commencent à être vendus comme le nouvel espoir d'atténuer l'impact de la dengue et exerceront une pression sur les budgets de santé dans toute la région, l'OMS et la SEP devraient avoir une bien meilleure idée si l'approche actuelle ne se contente pas d'essayer la glace.

Les déterminants peuvent également être très différents. Par exemple, la lutte contre la rage nécessite une action intersectorielle très différente de celle requise pour lutter contre la filariose, etc.

À la lecture du rapport, nous avons l'impression qu'une dépendance excessive à la chimiothérapie ou aux vaccins de masse semble diminuer l'accent nécessaire pour s'attaquer aux déterminants sociaux.

Accès aux technologies : Troisièmement, même si la stratégie de la feuille de route repose beaucoup sur les innovations, les médicaments et les diagnostics, les déterminants commerciaux de l'accès aux produits sont encore négligés et les solutions qui vont à la racine

des problèmes sont ignorées. Et les déficits de financement pour les médicaments et les outils de diagnostic continuent d'entraver les progrès. Comme l'a déclaré le MSP dans l'EB154, l'OMS propose une « *politique d'accès aux médicaments qui dépend considérablement des partenaires pharmaceutiques pour accroître les dons. Cela peut fonctionner lorsque l'élimination est un objectif immédiat, mais dans la plupart des cas, cela n'est pas durable et ne remplace pas une fabrication et un approvisionnement locaux abordables. Il n'est pas non plus certain que les appels aux grandes entreprises pharmaceutiques soient suffisants pour innover de nouveaux médicaments ou de nouvelles combinaisons de médicaments existants et leur introduction et leur mise à l'échelle progressives. Le rapport aurait dû noter que les régimes actuels de droits de propriété intellectuelle font obstacle à l'innovation de la prochaine génération d'outils de diagnostic et de médicaments nécessaires pour prévenir et combattre les MTN. Il existe également des risques que la structure actuelle de l'innovation et de la fabrication entraîne une augmentation des coûts, crée une dépendance vis-à-vis du financement des donateurs et prive les pays à revenu faible et intermédiaire d'un rôle dans le développement de la fabrication locale de diagnostics et de traitements pour les MTN.*

Conclusion

Les MSP notent avec inquiétude que les progrès sont encore lents dans la réalisation des cibles et des indicateurs fixés dans la feuille de route mondiale sur les MTN 2021-2030 et que la plupart des pays ne sont pas sur la bonne voie pour de nombreuses MTN. Il y a à la fois des problèmes de conception et de mise en œuvre qui sous-tendent cet échec. Certains d'entre eux sont résumés ci-dessous :

- La raison la plus importante de cet échec est le manque de financement, tant au niveau mondial qu'au niveau national, et le MSP appelle à une augmentation des dépenses de santé publique visant à renforcer les services de santé publique dans lesquels le programme de lutte contre les MTN est intégré comme moyen d'y parvenir.
- Bien que l'OMS reconnaisse la négligence de ces maladies et les efforts visant à attirer l'attention sur elles sont les bienvenus, la conception souffre d'une approche trop verticale peu pratique et inefficace pour chaque MTN et pour les MTN dans leur ensemble. L'objectif de l'OMS selon lequel chaque pays doit éliminer une MTN à la fois est une évidence de cette faille dans la stratégie et doit être reconsidéré. Les ressources et les efforts doivent être dirigés vers les maladies qui causent le plus de souffrances pour le plus grand nombre, et non vers un objectif abstrait de certification de l'élimination parce qu'il s'agit d'un objectif. Nous mettons en garde contre le fait que les pressions pour déclarer et certifier l'élimination peuvent être associées à des déclarations prématurées et à un certain nombre d'autres effets indésirables. Pour de nombreuses maladies (la gale en est un bon exemple), la maladie est un indicateur d'un ensemble de dysfonctionnements sociaux qui doivent être traités plutôt que quelque chose qui peut être éliminé sans s'attaquer aux dysfonctionnements sociaux.
- Le programme d'élimination des MTN n'est compatible avec aucune interprétation de la CSU qui la rend plus basée sur l'assurance et les achats stratégiques. Il exige des soins de santé primaires gratuits et universels dispensés par un réseau de prestataires publics comme condition préalable à son succès. De nombreuses stratégies spécifiques aux MTN sont basées sur la chimiothérapie de masse. En l'absence de soins de santé

primaires universels, ces chimiothérapies de masse privent les ressources limitées en soins de santé primaires, en particulier les ressources humaines, d'autres activités qui sont beaucoup plus prioritaires. L'évaluation du succès de l'élimination unique des MTN doit être mise en regard des effets délétères qu'elle a sur d'autres priorités en matière de MTN, tout comme l'accent mis sur les interventions Covid 19 a fait reculer tous les programmes de lutte contre les MTN.

- Dans de nombreuses MTN, il faut plus d'innovation pour trouver de meilleurs outils et dans d'autres, il y a un problème d'accès et d'abordabilité des technologies requises qui sont déjà disponibles. Les régimes mondiaux actuels d'innovation, de fabrication et de chaîne d'approvisionnement ne sont pas en mesure de répondre à ces besoins et doivent être réformés sur la base de ce qui a été suggéré par les pays à revenu faible et intermédiaire dirigés par le groupe des nations africaines dans les négociations du traité sur les pandémies : dérogations à l'Accord sur les ADPIC, transfert de technologie, capacités de fabrication nationales et ressources mises en commun pour garantir qu'aucun pays dans le besoin ne soit confronté à une pénurie d'approvisionnement.
- Appels à inclure les MTN dans l'architecture sanitaire mondiale des urgences sanitaires et de la préparation aux pandémies et en tant qu'action prioritaire dans le Plan d'action mondial contre la résistance aux antimicrobiens.
- Nécessité de renforcer les capacités dans tous les secteurs (santé et autres secteurs) en mettant l'accent sur l'agriculture, y compris l'élevage, la gestion des ressources naturelles, l'urbanisme, la politique industrielle et commerciale et la politique environnementale afin de traiter de manière adéquate les nombreux déterminants sociaux des MTN. Nous notons que le changement climatique est un phénomène qui touche tous les secteurs et que son impact sur les MTN et leur prévention doit également être pris en compte.
- Les données dynamiques sur l'incidence et la prévalence des MTN sont difficiles, tant du point de vue de leur exhaustivité que de leur actualité, et il est difficile de recueillir des données fiables sur plusieurs MTN. Cela nécessite des mesures pour améliorer la qualité et la quantité de l'information qui doit être bien intégrée à d'autres sources de données de santé dont les fonctionnalités sont optimisées, au lieu d'opter pour des systèmes de rapports verticaux - numérisés ou non pour chaque MTN.

11.7 Accélération de la réalisation des cibles des objectifs de développement durable en matière de santé maternelle et de mortalité infantile

- [Gros plan](#)
- [Arrière-plan](#)
- [Commentaire du PHM](#)
 - [Commentaire sur EB154/12](#)
 - [Commentaire sur le projet de résolution](#)

Gros plan

Les progrès réalisés pour ramener le taux mondial de mortalité maternelle à moins de 70 pour 100 000 naissances vivantes d'ici à 2030 (cible 3.1 des ODD) ont stagné entre 2016 et 2020 ; en outre, 54 pays ne sont pas en voie de mettre fin aux décès évitables de nouveau-nés et d'enfants de moins de 5 ans d'ici la même année (cible 3.2 des ODD) et d'atteindre l'objectif de réduire la mortalité néonatale à au moins 12 pour 1000 naissances vivantes et la mortalité des enfants de moins de 5 ans à au moins 25 pour 1000 naissances vivantes).

Extrait du rapport de synthèse de la DG ([A77/4](#)) :

À sa 154^e session, le Conseil exécutif a pris note du rapport sur l'accélération de la réalisation des cibles des objectifs de développement durable en matière de mortalité maternelle et infantile ([EB154/12](#)). Elle a examiné le texte d'un projet de résolution présenté par les États Membres sur l'accélération des progrès vers la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et juvénile en vue d'atteindre les cibles 3.1 et 3.2 des objectifs de développement durable ([EB154/CONF./4](#)). Le Conseil est convenu que les consultations sur le projet de résolution se poursuivraient pendant la période intersessions. Au cours des débats, les membres du Conseil se sont dits préoccupés par le fait que de nombreux pays n'étaient pas en voie d'atteindre les objectifs de réduction de la mortalité maternelle et infantile d'ici à 2030.

Arrière-plan

Observatoire mondial de la santé [de l'OMS / ODD](#)

Voir le commentaire précédent [du MSP sur EB154/12 \(à partir de EB154 en janvier 2024\)](#)

Commentaire du PHM

EB154/12 : Accélération de la réalisation des cibles des objectifs de développement durable en matière de mortalité maternelle et infantile

[EB154/12](#) note « l'importance cruciale du leadership gouvernemental et d'une approche pangouvernementale et pansociétale pour améliorer la santé maternelle, néonatale et infantile ». Bien que cette observation soit louable, le point de recommandation correspondant (OP 1.1) présente cela comme une « forte capacité de leadership et de gestion du pays » - une approche qui tend à être technocratique et apolitique. Les formes de gouvernement non démocratiques et les revers croissants en matière de santé et de droits sexuels et reproductifs dans le monde doivent être soulignés. La mortalité maternelle, comme d'autres problèmes de santé des femmes et de santé des femmes, souffre d'une revalorisation de la part des décideurs politiques et d'un manque cruel d'une approche globale de transformation du genre pour construire un système de santé équitable, résilient et responsable à l'échelle nationale.

Le rapport EB 154/12 met en évidence les décès évitables dus à des soins de santé maternels et néonataux inadéquats dans le monde, principalement dans les pays à revenu faible et intermédiaire et dans les établissements de santé à faibles ressources. Le rapport souligne l'impact des déterminants sociaux sur la santé maternelle, affectant particulièrement les populations pauvres et marginalisées, ce qui entrave le développement socio-économique et la réalisation des objectifs de développement durable (ODD). Malgré les progrès antérieurs, les progrès dans la résolution de ces problèmes ont stagné ces dernières années.

Le rapport souligne la nécessité d'un leadership gouvernemental et d'une approche globale et inclusive pour améliorer la santé des mères, des nouveau-nés et des enfants. Cependant, il faut souligner que le point de recommandation correspondant (OP 1.1) semble favoriser une approche technocratique et apolitique. L'accent mis actuellement sur « un leadership et une capacité de gestion forts des pays » peut négliger les aspects politiques et démocratiques de la gouvernance, en particulier face aux revers mondiaux en matière de santé et de droits sexuels et reproductifs (SDSR). Le rapport souligne que les décideurs politiques ne donnent pas la priorité à la mortalité maternelle et à d'autres questions de santé des femmes et qu'il n'existe pas d'approche globale transformatrice en matière de genre pour établir des systèmes de santé nationaux équitables, résilients et responsables.

Les droits en matière de santé maternelle et infantile et de santé sexuelle et reproductive : une question de justice reproductive et sociale

Le MSP se félicite de l'accent mis par le document EB 154/12 sur ce programme et recommande vivement à l'OMS d'exhorter les États membres à adopter un cadre complet de SDSR et de justice reproductive pour traiter les questions critiques à résoudre.

L'ordre du jour du Conseil exécutif 154/12 se concentre sur la santé maternelle et infantile, qui est influencée par des facteurs socio-économiques, nutritionnels et environnementaux. Il est essentiel de soutenir la recherche locale dans des contextes particuliers et pour des groupes de

population particuliers concernant les déterminants sociaux des inégalités d'accès à l'accouchement sans risque, à l'avortement sécurisé et aux soins de santé complets pour les femmes et les adolescents, en particulier dans les pays à revenu faible et intermédiaire.

Dans la poursuite de la couverture sanitaire universelle (CSU), il est essentiel de mettre l'accent sur des cadres de soins de santé primaires solides pour prévenir la médicalisation du corps des femmes. Cette approche globale devrait donner la priorité à la mise en place de soins primaires à faible coût pendant la grossesse et à la promotion du rôle des sages-femmes pendant l'accouchement.

Les politiques nationales devraient s'aligner sur cette approche holistique, en tenant compte des contextes sociaux et géographiques. Il est important de reconnaître et de soutenir les agents de santé communautaires, dont beaucoup sont des femmes des zones rurales et marginalisées. Le renforcement de cette main-d'œuvre est crucial pour améliorer les soins de santé primaires et de routine pour les femmes et les enfants.

Des soins de santé maternelle complets nécessitent un système de santé solide à différents niveaux, avec des liens et des références appropriés vers des établissements de diagnostic, de traitement et de soins. Des mécanismes de suivi sont nécessaires pour garantir des soins de qualité et un traitement respectueux, en abordant des questions telles que la violence obstétricale et la discrimination fondée sur la race, l'ethnie, la caste, la classe et d'autres identités.

Les protocoles des établissements de santé pour assurer la responsabilité comportementale et systémique sont essentiels pour résoudre ces problèmes.

L'élaboration d'interventions fondées sur des données probantes nécessite une attention particulière aux nouveaux développements et aux politiques existantes qui ont un impact significatif sur l'accès aux soins, la mortalité et la morbidité. Les lois restrictives sur l'avortement et les grossesses à terme obligatoires portent atteinte au consentement et aux droits des femmes. Le manque de ressources pour la garde d'enfants et les mesures d'austérité limitant les prestations de maternité et les droits à la sécurité sociale entravent également ces objectifs.

Les politiques hostiles ou indifférentes à la justice reproductive nuisent de manière disproportionnée aux groupes marginalisés, notamment les femmes noires, dalits, tribales/autochtones et autres femmes marginalisées, ainsi que les femmes handicapées, les immigrantes et les sans-papiers dans leur propre contexte politique.

Reconnaître les inégalités structurelles comme moteurs fondamentaux des problèmes de santé maternelle et infantile

L'impact de la pauvreté et de la mondialisation de la commercialisation et du commerce peut compromettre considérablement la santé des enfants et de la population en général (par exemple, la commercialisation et la vente d'aliments pour bébés de qualité inférieure dans plusieurs pays, en particulier dans les pays du Sud). Les résultats en matière de santé sont fortement influencés par les environnements sociaux et économiques dans lesquels ils se

produisent, et ces facteurs peuvent varier considérablement d'un contexte à l'autre. Par conséquent, il est crucial de recueillir des données probantes à tous les niveaux pour comprendre et traiter ces disparités. En particulier, les inégalités en matière de santé reproductive sont directement aggravées par les injustices sociales et économiques, notamment les politiques qui limitent la capacité des femmes à prendre des décisions concernant leur santé reproductive et leurs droits à déterminer le cours de leur propre vie et de celle de leurs enfants et de leurs familles.

De même, il ne suffit pas de reconnaître la nécessité de politiques de santé maternelle dans les contextes humanitaires. Une telle demande doit être complétée par les exigences et la responsabilité des États membres pour contrôler et réduire les situations de guerre, de conflit et d'immigration. Cela ne fait que prouver le point mentionné ci-dessus : la définition des programmes de santé maternelle de manière à ce que personne ne soit laissé pour compte est inextricablement liée aux politiques mondiales au niveau plus large et doit être reconnue comme telle

Projet de résolution

Le projet de résolution (document [EB154/CONF./4](#)), parrainé par la Somalie avec l'appui de l'Afrique du Sud, de l'Égypte, de l'Éthiopie, du Paraguay et de la Tanzanie, vise à accélérer les progrès vers la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et juvénile afin d'atteindre les cibles 3.1 et 3.2 des objectifs de développement durable.

Toutefois, il ressortait clairement des nombreux crochets figurant dans le projet qu'il n'y avait pas de consensus autour de la résolution proposée.

Au cours du débat (voir [M12, page 6](#)), l'Iran s'est opposé au « langage non consensuel » qui semble avoir inclus : « avortement non médicalisé » (PP2 bis), « égalité des sexes et autonomisation des femmes et des filles » (PP3), « santé sexuelle et reproductive et droits reproductifs », « les filles à prendre leurs propres décisions éclairées concernant les relations sexuelles, l'utilisation de contraceptifs et les soins de santé reproductive » (PP5), « mariage des enfants » (PP6), « mariages précoces et forcés » (PP6 ALT). De nombreuses clauses ont été placées entre crochets pour des raisons qui ne sont pas claires.

Le MPS affirme que le projet de résolution somalien ([EB154/CONF./4](#)) offre une analyse claire et exhorte à progresser sur plusieurs fronts importants.

Comme indiqué précédemment, les progrès visant à réduire le taux mondial de mortalité maternelle sont au point mort et 54 pays ne sont pas sur la bonne voie pour mettre fin aux décès évitables de nouveau-nés et d'enfants de moins de 5 ans.

Le MPS déplore les hypothèses sur les femmes, les filles et le sexe qui, d'après les nombreuses crochets, semblent avoir conduit au report du projet de résolution.

Une version révisée de ce projet de résolution n'a pas été publiée au moment de la rédaction du présent rapport.

11.8 Résistance aux antimicrobiens

Gros plan

[A77/5](#) : Priorités stratégiques et opérationnelles de l'OMS pour lutter contre les infections bactériennes résistantes aux médicaments dans le secteur de la santé humaine, 2025-2035.

À sa 154^e session en janvier 2024, le Conseil exécutif a pris note d'une version antérieure de ce rapport ([EB154/13](#)) et a examiné le texte d'un projet de décision présenté par les États membres ([EB154/CONF.7](#)). Le Conseil prévoit de nouvelles consultations officielles entre les États Membres sur le projet de résolution au cours de la période intersessions.

Le présent rapport (A77/5) tient compte des réactions des États Membres et des partenaires sur le projet de priorités stratégiques et opérationnelles au cours de la session et de la consultation en ligne. Une version révisée du projet de résolution proposé dans le [document EB154/CONF.7](#) est également attendue.

En 2024, une réunion de haut niveau de l'ONU sur le thème de la résistance aux antimicrobiens est prévue. Le présent rapport ([A77/5](#)) s'inscrit dans le cadre de la préparation de la réunion des Nations Unies sur la résistance aux antimicrobiens prévue plus tard cette année.

Arrière-plan

Voir également [le commentaire du MPS sur EB154/13](#) (janvier 2024).

Voir le compte rendu des débats à EB154 [M12, page 24](#) et [M13, page 9](#)

Commentaire du PHM

[A77/5](#), publié pour ce point est une révision du [document EB154/13](#) examiné par le CE en janvier. La révision est basée sur les discussions intersessions.

Priorités stratégiques et opérationnelles de l'OMS pour lutter contre les infections bactériennes résistantes aux médicaments dans le secteur de la santé humaine, 2025-2035

1. Les cinq premiers paragraphes de la recommandation A77/5 (rapport de la DG du 11 avril 2024) décrivent l'ampleur du problème et les dommages généralisés qu'il cause au système de santé et à d'autres secteurs, ainsi que la mortalité et la morbidité excessives qu'il entraîne. Le rapport note ensuite, aux paragraphes 6 à 10, les efforts antérieurs de l'OMS en ce qui concerne la résistance aux antimicrobiens et la création d'une alliance quadripartite pour y faire face dans le cadre d'une approche globale « Une seule santé ». Les organisations

quadripartites sont l'OMS, l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO), le Programme des Nations Unies pour l'environnement (PNUE) et l'Organisation mondiale de la santé animale (OMSA). Tous ont approuvé le plan d'action mondial élaboré en 2015 ([WHA68.7](#)) et se sont mis d'accord sur des actions multisectorielles pour sa mise en œuvre. Les trois autres ont adopté des stratégies sectorielles contre la résistance aux antimicrobiens, et c'est la mesure prise par l'OMS pour faire de même dans le secteur de la santé humaine. À ce jour, 170 pays ont élaboré des plans nationaux, bien que seulement 27 % d'entre eux aient fait état de progrès dans leur mise en œuvre effective (paragraphe 7) et que 11 % seulement aient fourni un budget à cet effet.

2. La vision stratégique (paragraphe 11) et les quatre priorités stratégiques (paragraphe 12) sont les bienvenues. Pour citer « La vision stratégique qui sous-tend l'élaboration des priorités est le contrôle et l'inversion de la crise urgente de santé publique et socio-économique due aux infections résistantes aux médicaments chez l'homme, en tant que contribution cruciale à l'effort mondial visant à construire un monde plus sain pour tous ». Le MPS espère et appelle à une interprétation d'un monde plus sain pour tous qui inclue tous les éléments de la nature au sens du Buen Vivir et ne se limite pas à une interprétation anthropocentrique réductionniste étroite de ceux-ci.

3. Les recommandations proposées sont formulées comme « quatre priorités stratégiques urgentes pour une réponse globale de santé publique à la résistance aux antimicrobiens dans le secteur de la santé humaine ». La première est la prévention de toutes les infections qui donnent lieu à l'utilisation d'antibiotiques, notant que les infections virales et autres contribuent également à une utilisation inappropriée des antibiotiques. La deuxième priorité stratégique est l'accès universel à un diagnostic de qualité et à un traitement approprié des infections. La troisième priorité est appelée information stratégique, science et innovation et comprend la surveillance de la résistance aux antimicrobiens et de la consommation et de l'utilisation d'antimicrobiens, ainsi que la mise au point de nouveaux vaccins, diagnostics et agents antimicrobiens ; et des mesures pour les rendre accessibles et abordables ; et le quatrième s'appelle la gouvernance et le financement.

4. Ce rapport est étonnamment silencieux sur le rôle de l'utilisation des antibiotiques dans les secteurs de l'élevage, de l'agriculture et de la médecine vétérinaire, bien qu'il soit bien connu qu'une grande partie de la résistance aux antibiotiques qui résulte des pressions commerciales exercées sur ce secteur et qui conduisent à des niveaux élevés d'utilisation inappropriée des antibiotiques. Cela s'explique peut-être par le fait que cette question est abordée dans les stratégies sectorielles des autres partenaires quadripartites, en particulier l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture et l'Organisation mondiale de la santé animale. Des liens vers ces rapports ont été fournis. Toutefois, une brève analyse de chacun d'entre eux, montrant les points de convergence, est nécessaire.

5. Le paragraphe 20, qui élabore la première stratégie de prévention de l'infection, est une très brève déclaration d'intention qui signale certains déterminants proximaux de l'infection. Cela ne suffit pas à guider l'action ou à mesurer les progrès. Les déterminants structurels des taux élevés d'infection chez les pauvres et les marginalisés ainsi que les déterminants immédiats de

l'eau, de l'assainissement, du logement et de l'habillement adéquats, des conditions de travail et de vie décentes doivent être abordés en adoptant et en appliquant des normes de santé publique. De nombreux pays ont de telles lois de santé publique, avec les institutions gouvernementales locales comme responsables, mais les gouvernements locaux ne disposent généralement pas des capacités et des pouvoirs financiers nécessaires pour jouer ce rôle.

7. La deuxième stratégie (par. 21), « Accès universel à un diagnostic abordable et de qualité et à un traitement approprié des infections », est la bienvenue. Il intègre les préoccupations d'assurer l'accès aux antibiotiques essentiels avec des restrictions sur l'utilisation inappropriée. Nous saluons également l'affirmation selon laquelle « cette priorité nécessite l'intégration d'interventions spécifiques – notamment pour le diagnostic et la gestion des antibiotiques sur la base de la classification AWaRe (accès, surveillance, réserve) de l'OMS et du livre sur les antibiotiques AWaRe de l'OMS. Il s'agit notamment de garantir un accès équitable entre les sexes et de répondre aux besoins spécifiques des groupes vulnérables, notamment les migrants et les réfugiés. AWaRe est le bienvenu. Nous devons cependant souligner ce paradoxe : d'une part, les principaux sous-groupes de population connaissent de graves problèmes d'accès aux antibiotiques essentiels (et à d'autres médicaments) alors que d'autre part, l'ensemble de la population connaît des niveaux élevés de gaspillage, d'utilisation irrationnelle, non scientifique et même dangereuse des antibiotiques. Les racines de ce paradoxe sont dans la nature de la production capitaliste, et si l'action de l'État peut atténuer et s'adapter à ce problème, elle ne peut pas l'éliminer complètement.

9. Malgré les mesures visant à atténuer l'utilisation inappropriée des antibiotiques, le silence sur certains des facteurs de l'utilisation inappropriée est une faiblesse majeure de cette stratégie. Une grande partie de l'utilisation inappropriée des antibiotiques est due à des pressions commerciales et au lien qu'elle a avec les comportements professionnels. Ces pressions conduisent à façonner la demande du public en faveur d'une utilisation inappropriée et à légitimer un cercle vicieux. Ce rapport aborde l'ensemble de ce problème comme une question de comportement des consommateurs et quelque peu implicitement des fournisseurs, mais laisse complètement de côté les considérations d'économie politique qui incluent le marketing commercial et contraire à l'éthique des produits pharmaceutiques. Ce problème ne se limite pas aux antibiotiques, mais dans le traitement des infections, les transactions individuelles inappropriées entre le fournisseur et le patient ont un effet négatif sur l'ensemble de la population. Il n'est pas fait mention dans le rapport de la nécessité de contrôler la commercialisation des antibiotiques, par le biais d'une restriction réglementaire sur les pratiques de commercialisation et de prescription contraires à l'éthique. Il n'est pas fait mention de la nécessité d'un meilleur accès à des informations de bonne qualité sur les ordonnances pour les médecins des établissements exempts de conflits d'intérêts. Il n'est pas fait mention de la complicité des associations professionnelles dans un tel marketing contraire à l'éthique, tant pour des raisons de pouvoir professionnel que pour des raisons financières. Il n'y a aucune mention de l'utilisation de génériques comme étant différente des noms de marque. Il n'y a aucune mention de la difficulté de restreindre l'utilisation des antibiotiques de troisième et quatrième génération dans un contexte où le secteur privé ne réglemente presque pas les soins de santé.

10. En matière de gestion, il est nécessaire de trouver des solutions plus pratiques et plus abordables pour faire des choix de prescription appropriés plutôt que d'appeler à une expansion massive des diagnostics microbiologiques et génomiques où chaque épisode d'infection individuel nécessite de lourdes dépenses en diagnostics. Le principal défi de la gestion à l'heure actuelle dans la plupart des PRFI est d'assurer l'accès minimal essentiel à la capacité microbiologique (c'est-à-dire laboratoire, microbiologistes, directives de traitement standard) et à l'informatique de santé publique et à la surveillance des maladies. Ce problème d'accès à la capacité bactériologique n'est mentionné que comme un des indicateurs. Ce rapport ne reconnaît même pas les problèmes de développement de ces capacités. Il n'est pas fait mention de la façon dont nous pourrions réaliser cette stratégie dans le secteur privé, sans renforcer la réglementation des établissements cliniques privés.

11. La troisième stratégie proposée dans le présent rapport s'intitule désormais Information stratégique, science et innovation. Cette stratégie met l'accent sur la surveillance de la résistance et de la consommation d'antibiotiques et sur les enquêtes de prévalence de la résistance. Il y a une ligne au paragraphe 22 qui dit : « Des mesures globales pour promouvoir une recherche et un développement accrus de vaccins, de diagnostics et d'antibiotiques (et de solutions de remplacement) ciblés sur les besoins de santé publique les plus importants », mais au-delà de cela, aucune mention n'en est faite dans les tableaux ou les indicateurs. Même en ce qui concerne la surveillance, une surveillance autonome de la résistance aux antimicrobiens ne fonctionnera pas. La surveillance de la résistance aux antimicrobiens ne serait adéquate que si elle s'inscrivait dans le cadre du renforcement des systèmes de santé afin de fournir des services de santé complets, avec une meilleure capacité de diagnostic, de meilleurs systèmes d'information hospitalière et un système intégré de surveillance des maladies. Il n'y a pas non plus de mention de la façon dont ces systèmes s'étendront au secteur privé. Un appel à une meilleure réglementation du secteur privé est essentiel pour avoir un impact au niveau de la population.

12. Le régime actuel d'innovation et de connaissance est mauvais pour tous les médicaments essentiels d'importance pour la santé publique, mais lorsqu'il s'agit d'antibiotiques, il est terrible. Par définition, les antibiotiques de troisième et quatrième génération doivent avoir une utilisation très restreinte, ce qui signifie une taille de marché très limitée et des marges de prix très élevées. Il n'est pas possible de créer un régime de propriété intellectuelle et un modèle de financement uniquement pour les antibiotiques plus récents. Le financement public de la recherche sur les antibiotiques aiderait, mais sans contrôle des brevets et de la distribution, nous verrons le même résultat que nous avons vu avec les vaccins Covid, un énorme profit pour les grandes entreprises pharmaceutiques avec de fortes inégalités d'accès, malgré les finances publiques. Les mesures minimales pour un régime d'innovation efficace sont a) dissocier le prix de l'innovation et du développement du prix de commercialisation du médicament, ce dernier ne reflétant que les coûts de fabrication et b) en cas de financement public, l'acquisition publique de droits de propriété intellectuelle et l'octroi obligatoire de licences à plusieurs fabricants de génériques pour entreprendre la production, y compris, si possible, la fabrication par le secteur public. Certains de ces problèmes sont connus, mais la proposition visant à les résoudre comme indiqué au paragraphe 36 est fallacieuse. Le rôle de l'OMS est décrit et suit et promeut les choix d'écriture dans ce que l'industrie et d'autres partenaires

assumeraient dans la recherche et le développement et certaines mesures de gestion supplémentaires qui auraient peu d'impact si l'on ne répondait pas aux questions centrales.

13. En résumé, bien qu'il y ait de nombreuses mesures bienvenues dans ces stratégies, toutes les stratégies sont trop incomplètes pour réussir. Je

Projet de résolution : Accélérer les réponses nationales et mondiales et préparer la Réunion de haut niveau des Nations Unies sur la résistance aux antimicrobiens.

Le projet de résolution figurant dans le [document EB154/CONF./7](#) fait fréquemment référence aux priorités stratégiques et opérationnelles visant à accélérer les réponses nationales et mondiales. Ces priorités étant toujours en cours d'examen, le Conseil n'a pas officiellement recommandé le projet à l'Assemblée. Toutefois, l'orientation générale et le cadre du projet de résolution sont clairs et, en supposant que les priorités énoncées dans l'A77/5 soient maintenant approuvées, la résolution telle qu'amendée sera présentée à l'Assemblée. Plus important encore, cette résolution guidera également les discussions de la session extraordinaire sur la résistance aux antimicrobiens de l'Assemblée générale des Nations Unies plus tard cette année.

Le MSP salue les trois principales stratégies qui constituent le Plan d'action contre les problèmes croissants de la RAM. Ce sont – 1. prévention des infections ; 2. l'accès universel à un diagnostic abordable et de qualité et à un traitement approprié ; et 3. information stratégique, science et innovation. Ces trois éléments indépendants d'une approche globale de santé publique pour un impact durable sur le ralentissement de l'émergence et de la propagation des infections bactériennes résistantes aux médicaments et la préservation d'antibiotiques efficaces. Le MSP se félicite également de l'appel à renforcer la gouvernance et le financement et à soutenir les plans au niveau des pays en tant qu'éléments opérationnels pour progresser vers ces objectifs

Bien que toutes ces questions soient essentielles, il y a un certain nombre d'autres préoccupations que nous appelons à inclure dans cette résolution et dans la déclaration politique de la réunion de haut niveau des Nations Unies sur la résistance aux antimicrobiens prévue :

1. Un appel aux pays pour qu'ils adoptent et mettent en œuvre des législations de santé publique qui peuvent faire respecter les droits des résidents sur l'État afin de garantir que l'accès à l'eau potable, à l'assainissement et aux mesures d'hygiène soit assuré par les services publics. Cela devrait aller de pair avec les pouvoirs financiers, les transferts de technologie et les autres capacités nécessaires pour jouer leur rôle. Également un appel aux pays pour qu'ils adoptent des normes de santé publique pour l'assurance qualité dans tous les établissements de soins de santé. Ensemble, il s'agit de mesures spécifiques qui nous permettraient d'avancer vers la prévention et le contrôle des infections et, au moins en partie, de corriger les inégalités dans les causes et les conséquences actuelles des niveaux élevés d'infection dans les sections les plus pauvres et les plus vulnérables.

2. Reconnaître le rôle que les marchés privés mal réglementés des produits médicaux et de la prestation de soins de santé ont joué dans la propagation de la résistance aux antibiotiques et appeler à un régime strict de réglementation de la commercialisation des antibiotiques, accompagné de la fourniture d'informations de bonne qualité et de la promotion proactive de meilleurs choix d'antibiotiques. Cela devrait faire partie d'un meilleur régime réglementaire pour les soins du secteur privé dans les PRFI. En particulier dans les soins de santé primaires, mais à tous les niveaux de soins de santé, l'un des principes de l'organisation des services de santé doit être que la prise de décision clinique n'est pas soumise aux pressions du marché. La meilleure façon d'y parvenir est de fournir des services publics et de concevoir des contrats avec des prestataires privés, qui adhèrent à ce principe.

3. Assurer la fourniture publique de conseils microbiologiques, y compris des services de test abordables, contrôlés ou gratuits à tous les patients, quel que soit le choix du prestataire. Il devrait également demander la disponibilité et l'utilisation locales des informations provenant de la surveillance microbienne continue pour guider les directives locales appropriées sur l'utilisation des antibiotiques.

4. Interdiction de l'utilisation d'antibiotiques à des fins préventives et de stimulation de la croissance dans l'élevage d'animaux destinés à l'alimentation, amélioration de la surveillance microbienne et retour d'information aux agriculteurs et aux vétérinaires pour guider le choix des antibiotiques, et restriction de l'utilisation de certains antibiotiques dans certains secteurs.

5. Appeler à ce que la réunion de haut niveau et la déclaration politique des Nations Unies deviennent un appel convergent de l'alliance quadripartite et pas seulement du secteur de la santé humaine.

6. Accélérer la mise au point de meilleurs antibiotiques en mettant en place un régime d'innovation plus efficace pour les antibiotiques qui devrait a) dissocier le prix de l'innovation et du développement du prix de commercialisation du médicament, ce dernier ne reflétant que les coûts de fabrication, et b) en cas de financement public, rendre obligatoire l'acquisition publique de droits de propriété intellectuelle et l'octroi obligatoire de licences à plusieurs fabricants de génériques pour entreprendre la production, y compris, si possible, la fabrication par le secteur public.

Ces exigences s'ajoutent aux nombreuses mesures bienvenues que la résolution a elle-même proposées.

Références:

1. Moss M. Tracer la voie du programme de lutte contre la résistance aux antimicrobiens en 2024. unfoundation.org. Publié le 28 novembre 2023. Consulté le 4 février 2024. <https://unfoundation.org/what-we-do/issues/global-health/the-amr-agenda-in-2024/>

2. Ayukekbong JA, Ntemgwa M, Atabe AN. La menace de la résistance aux antimicrobiens dans les pays en développement : causes et stratégies de contrôle. *Antimicrob Resist Infect Control*. 2017 ; 6(1):47. doi :10.1186/s13756-017-0208-x
3. Koya, S.F., Ganesh, S., Selvaraj, S. *et al.* Déterminants de la consommation d'antibiotiques dans le secteur privé en Inde : résultats d'une analyse de régression quasi expérimentale à effets fixes à l'aide de données de séries chronologiques transversales, 2011-2019. *Sci Rep* **14**, 5052 (2024). <https://doi.org/10.1038/s41598-024-54250-2>

12. Stratégie technique mondiale et objectifs de lutte contre le paludisme 2016-2030

Gros plan

Le rapport du Secrétariat ([A77/6](#)) passe en revue les tendances mondiales, les menaces pesant sur la lutte contre le paludisme, les mesures prises pour contrer les menaces et les possibilités d'accélérer les progrès contre le paludisme. Au paragraphe 28. L'Assemblée de la Santé est invitée à prendre note du rapport et à examiner les questions suivantes :

- S'appuyant sur l'élan de la Conférence ministérielle sur le paludisme au Cameroun en mars 2024 ([voir Déclaration](#)), comment un engagement politique accru dans les pays les plus touchés peut-il se traduire en ressources nationales pour les soins de santé primaires et la lutte contre le paludisme ?
- Compte tenu de la stagnation des progrès dans la lutte contre le paludisme dans les pays à charge modérée et élevée (voir [Rapport sur le paludisme dans le monde](#), 2023), que doivent faire les États membres pour garantir des investissements internationaux suffisants et alignés sur les plans et priorités nationaux ?
- De quel soutien (technique et financier) les États membres ont-ils besoin pour intensifier leurs réponses aux menaces biologiques telles que la résistance aux antipaludiques ?
- Comment les États Membres peuvent-ils assurer les ripostes les plus efficaces, équitables et durables au paludisme ?

Il semble probable qu'un projet de résolution fondé sur la Déclaration ministérielle de la Conférence du Cameroun sera déposé.

Arrière-plan

Stratégie technique mondiale de lutte contre le paludisme 2016-2030 adoptée dans [WHA68.2](#) (2015) et version mise à jour adoptée dans [WHA74.9](#) (2021).

[Rapport sur le paludisme dans le monde 2023](#). Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2023

Voir [les liens de suivi](#) vers les discussions précédentes des organes directeurs sur le paludisme

Commentaire du MSP : Les progrès de la Stratégie mondiale de lutte contre le paludisme sont gravement en retard - tout comme les stratégies de l'OMS pour y remédier

Le rapport de la Directrice générale sur les progrès accomplis en ce qui concerne la Stratégie technique mondiale et les objectifs de lutte contre le paludisme 2016-2030 donne à réfléchir. La force du rapport est son honnêteté. Au paragraphe 5, il est candide de déclarer : « Les progrès

vers les objectifs de réduction de l'incidence des cas et de la mortalité de la stratégie sont sérieusement en retard. Si la trajectoire actuelle persiste, l'objectif de réduction de l'incidence des cas pour 2030 sera manqué de 89 %, tandis que l'objectif de réduction des taux de mortalité sera manqué de 88 %.

Au cours des deux dernières années (entre 2019 et 2022), il y a eu une augmentation significative des cas, passant de 233 millions à 249 millions, et sur ces 16 millions, 15 millions proviennent de la seule Afrique, qui représente désormais 94 % des cas et 95 % des décès. Environ 608 000 décès dus au paludisme ont été enregistrés en 2022, ce qui représente également une augmentation par rapport aux 576 000 enregistrés en 2018.

Du côté positif, le maintien du statut d'élimination dans 102 pays et le statut de quasi-élimination dans 21 autres est une bonne nouvelle. Tous ces derniers sont des pays à faible charge. Si les stratégies de rétention sont bien intégrées au fonctionnement des systèmes de santé de routine et ne dépendent pas du financement de la dette internationale et n'enlèvent pas un budget disproportionné aux défis immédiats de sauver des vies, alors de telles nouvelles seraient encore plus bienvenues. Il faut faire preuve d'une grande prudence pour que l'argument en faveur du maintien de l'élimination ne devienne pas une excuse pour épuiser les dépenses publiques en priorité sélective et laisser le reste des soins de santé aux marchés, puis blâmer le secteur public pour ses performances insuffisantes.

Le rapport de la DG donne les raisons suivantes pour expliquer que la stratégie globale s'écarte de la trajectoire (voir les paragraphes 7 à 15 du rapport) :

1. Des systèmes de santé fragiles avec des chaînes d'approvisionnement faibles et une pénurie de professionnels de santé qualifiés,
2. Faiblesse de la surveillance, du suivi et de l'évaluation - en particulier dans une optique d'équité
3. L'inégalité dans l'accès aux services de santé essentiels ;
4. Financement insuffisant des produits antipaludiques,
5. Insuffisance des financements nationaux et mondiaux pour renforcer les services de santé,
6. Urgences humanitaires et sanitaires,
7. la résistance aux médicaments (en particulier à l'artémisine) et aux insecticides (en particulier aux pyréthrinoïdes),
8. La propagation d'*Anopheles Stephansi*, indiquant le développement de niveaux élevés de paludisme urbain dans des régions qui n'en avaient pas auparavant (nous ajoutons : mais où son apparition aurait pu être prédite à partir des modèles passés), et
9. Changement climatique.

Tous les facteurs ci-dessus sont correctement identifiés. Toutefois, la plupart d'entre elles ne sont pas suffisamment prises en compte dans les recommandations. Les recommandations mettent l'accent sur les facteurs biomédicaux - lutter contre la résistance avec de meilleurs médicaments, un choix de médicaments plus éclairé et des moustiquaires améliorées. Celles-ci sont nécessaires et bienvenues, mais les principaux problèmes vont bien au-delà de l'impact potentiel de ces mesures. Il y a aussi une énorme attente qui s'accumule à propos des deux

nouveaux vaccins introduits. Au moins l'un d'entre eux n'est introduit que pour les enfants et montre jusqu'à présent une baisse modeste de 13% des décès d'enfants. Cela aiderait certainement, mais l'élargissement de cette stratégie pourrait consommer des ressources et il faut surveiller attentivement les résultats attendus. Bien qu'ils soient très bienvenus en tant qu'outil supplémentaire de mise en œuvre, il est peu probable que les vaccins à ce stade de développement changent la donne.

Sur les questions liées à l'intégration dans les systèmes de santé, le rapport se limite à noter que :

Pour accélérer les progrès vers l'objectif de la couverture sanitaire universelle, l'OMS collabore avec les pays pour réorienter les systèmes de santé vers les soins de santé primaires – une approche qui peut aider à fournir 90 % des services de santé essentiels, y compris ceux contre le paludisme, et sauver 60 millions de vies d'ici 2030. Les soins de santé primaires utilisent une approche pansociétale pour organiser et renforcer efficacement les systèmes de santé nationaux afin de rapprocher les services de santé et de bien-être des communautés.

Il s'agit simplement d'une reconnaissance de la stratégie de l'OMS en matière de CSU. Nous savons que cette stratégie de CSU ne fonctionne pas très bien et que l'une des raisons en est le manque d'intégration. Même dans les points de l'ordre du jour de l'AMS 77 sur la CSU (11.1) et les SSP (28.2- en tant que SIPC), il est peu fait mention du paludisme. Nous savons également que sur le terrain, les donateurs et les responsables des programmes nationaux de lutte contre le paludisme insistent pour maintenir un cloisonnement vertical pour la lutte contre le paludisme, ce qui est justifié par la faiblesse des systèmes de santé. Ce cercle vicieux entre la faiblesse des systèmes de santé et le manque d'intégration est à son paroxysme dans les pays et les zones (comme les soins de santé urbains) où les soins de santé primaires sont très faibles.

L'échec de la stratégie mondiale de lutte contre le paludisme à comprendre et à prendre en compte les soins de santé primaires au-delà d'une reconnaissance nominale de ceux-ci, est particulièrement évident par le fait que le programme de **décentralisation, d'engagement communautaire et de participation communautaire** est absent des recommandations. Il y est fait référence en ce qui concerne le paludisme urbain, où traditionnellement le programme de lutte contre le paludisme n'a pas eu de personnel ou de sensibilisation, mais même ce niveau de reconnaissance n'est pas présent dans le reste de la stratégie. Les zones d'installation éloignées et difficiles d'accès dans les régions d'endémie palustre posent des problèmes de transmission pérenne du paludisme car dans ces régions, la prévalence des cas de paludisme asymptomatique est très élevée. Ces infections cachées ne sont pas détectées et traitées par les programmes de lutte antipaludique de routine. Ainsi, ces infections agissent comme des réservoirs de transmission du paludisme. Encore une fois, en raison des difficultés de communication inhérentes et de la faiblesse du système de santé, ces points chauds restent à l'écart de la vigilance des programmes nationaux de lutte contre le paludisme. Une stratégie spéciale est donc nécessaire pour arrêter la transmission du paludisme à partir de ces zones et éliminer les réservoirs.

Les arguments en faveur d'une action décentralisée éclairée : Bien que les déterminants épidémiologiques et sociaux de la prévalence, les déterminants systémiques du succès et le menu des options techniques pour lutter contre la maladie soient bien connus, la combinaison exacte de ces trois éléments varie considérablement d'une province et d'un district à l'autre, voire d'un district à l'autre. Dans la tradition des palariologues - « le paludisme est une maladie très locale et focale ». Il faut donc un effort considérable de planification décentralisée avec la communauté au centre pour pouvoir avoir un impact. La surveillance et l'utilisation des données sont plus efficaces si elles sont utilisées pour guider l'action locale. L'action locale est plus efficace si la communauté participe avec une compréhension bien informée des choix qui s'offrent à elle et que ces choix sont également acceptables pour la communauté. Nous dirions que partout où il y a eu du succès dans le contrôle, il a toujours suivi cette logique.

Les zones d'installation éloignées et difficiles d'accès dans les régions d'endémie palustre posent des problèmes de transmission pérenne du paludisme, à la fois en raison de la forte prévalence du paludisme asymptomatique. Ces infections latentes ne sont pas détectées par les programmes de routine de lutte contre le paludisme, qui sont de toute façon plus faibles dans ces zones et ces zones deviennent des réservoirs de transmission du paludisme. Des stratégies spéciales spécifiques à ces établissements sont donc nécessaires pour interrompre la transmission du paludisme et éliminer les réservoirs. Cela souligne une fois de plus la nécessité d'élaborer des plans d'action décentralisés éclairés basés sur l'épidémiologie locale, la maturité des systèmes de santé locaux et le choix technique approprié, ce dernier incluant non seulement l'efficacité technique mais aussi l'acceptabilité communautaire.

La communauté au centre ; Les mécanismes du marché ne fonctionnent pas : La CSU en tant qu'achat de soins auprès de prestataires privés utilisant les mécanismes du marché comme signaux n'a rien de positif à offrir pour la lutte contre le paludisme. Pour les marchés, la communauté est un consommateur et non un coproducteur. Pourtant, si l'élimination du paludisme est l'objectif, la communauté doit participer activement et toute l'élimination du paludisme, y compris l'accès à des soins professionnels qualifiés pour les soins curatifs, doit être un bien public. Et que les services de santé publique soient démocratisés et décentralisés tout en donnant aux communautés et aux organes d'autonomie locale les connaissances et les outils nécessaires pour faire les bons choix.

Rôle des agents de santé communautaires : Une autre dimension très importante du programme de lutte contre le paludisme que son parti pris technocratique semble avoir complètement manquée dans ce rapport est le rôle énorme que jouent les agents de santé communautaires en première ligne de la lutte contre le paludisme. Le fait de traiter les agents de santé communautaires comme un élément ad hoc et de retirer prématurément les agents de santé communautaires (ou de les réorienter vers des rôles non liés aux soins de santé) dès que l'incidence du paludisme commence à diminuer a été un facteur majeur de la résurgence répétée du paludisme.

Normes de santé publique et déterminants sociaux : L'incapacité à recommander et à mettre en œuvre des normes de santé publique dont les organes de gouvernance locale dûment habilités et dotés de ressources sont responsables, et dont les résidents sont

conscients, est une autre dimension manquante de la stratégie mondiale. La Stratégie mondiale doit prendre en compte plus rigoureusement les déterminants sociaux et environnementaux de la lutte contre le paludisme si elle doit progresser.

La dynamique des vecteurs dans le cadre de l'approche « Une seule santé » : Enfin, nous soulignons également que le paludisme est une maladie transmise par les moustiques et à transmission vectorielle parmi tant d'autres et, en particulier en Afrique, il existe une relation étroite entre la lutte contre le paludisme et d'autres. Dans certaines régions, la lutte contre le paludisme est suivie de près par la résurgence de la dengue. Dans d'autres régions, plusieurs maladies sont transmises par le même vecteur. Il existe également une relation entre les vecteurs dans l'élevage et chez les espèces animales non domestiquées. La recherche professionnelle doit aborder la dynamique des vecteurs de manière intégrée et noter leur relation avec l'action humaine et les changements environnementaux. Une telle compréhension doit éclairer les interventions des systèmes de santé et l'engagement communautaire dans la lutte contre le paludisme.

13.1 IOAC pour WHE

Gros plan

Douzième rapport : [A77/7](#)

Arrière-plan

[Page Web du CIIO](#)

[Mandat](#)

Voir [les liens Tracker](#) vers les discussions précédentes sur les rapports de l'IOAC

Commentaire du PHM

Points saillants du rapport de l'IOAC :

- Condamne les attaques contre les soins de santé (paragraphe 7). 620 décès dans les territoires palestiniens en 2023 ;
- Pénurie mondiale de vaccins contre le choléra, nécessité d'augmenter la capacité de fabrication ;
- Impact du changement climatique sur le risque de dengue ;
- Catastrophe au Soudan : 6,6 millions de déplacés internes ; 1,8 million de personnes à travers les frontières ;
- Crises humanitaires : « plus de 300 millions de personnes dans 72 pays auront besoin d'une aide humanitaire en 2024 et l'OMS est confrontée à de multiples défis, notamment un accès humanitaire limité et une diminution du financement des crises humanitaires » ;
- Le CCIQA souligne la nécessité de rapports normalisés et d'un suivi indépendant de la préparation et de l'état de préparation des pays ; voir le paragraphe 38 concernant les décaissements du Fonds pour la lutte contre la pandémie, notamment pour soutenir la mise à niveau des capacités de base ;
- « Le Comité réaffirme que l'équité et la solidarité ne sont pas seulement des principes moraux, mais une condition préalable à la prévention et à la réponse efficace aux pandémies. Des installations d'intervention disparates et inéquitables propagent la maladie. [...] « L'accord doit être fondé sur l'équité et la solidarité ». Présenté comme un conseil à l'INB mais aucune suggestion opérationnelle ;
- Appeler à renforcer la responsabilité des États membres en matière d'exploitation, d'abus et de harcèlement sexuels dans les situations d'urgence humanitaire, avec un soutien accru des bureaux régionaux et des représentants de l'OMS dans les pays ;
- Nécessité d'un alignement plus étroit entre le siège de l'Enseignement supérieur et les départements concernés des bureaux régionaux ; par exemple, une coopération plus étroite à l'échelle de l'organisation dans divers exercices d'examen ;

- Il faut accorder plus d'attention au recrutement et à la rétention ; postes vacants : 425 sur 2290 postes ;
- Nécessité d'une augmentation substantielle du financement de WHE ; L'IOAC est profondément préoccupée par le manque chronique de financements flexibles et durables.

PHM apprécie le travail du CIIO.

13.2 Mise en œuvre du RSI

Contenu

- [Gros plan](#)
- [Arrière-plan](#)
- [Aperçu des questions à l'examen](#)
- [Commentaire du PHM](#)
- [Notes de discussion](#)

Gros plan

« 28. L'Assemblée de la Santé est invitée à prendre note du présent rapport ([A77/8](#)), à examiner les recommandations permanentes relatives à la COVID-19 et à la variole simienne contenues dans les documents [A77/8 Add.2](#) et [A77/8 Add.4](#), conformément à l'article 53 g) du Règlement d'exécution, et à fournir des orientations sur la question suivante :

- Comment les États Membres de l'OMS peuvent-ils continuer à renforcer la mise en œuvre du Règlement, y compris en attendant l'entrée en vigueur de tout amendement au Règlement qui pourrait être adopté par cette Assemblée de la Santé ?

[A77/8](#) : Rapport du Secrétariat

[A77/8 Add.1](#) : Rapport du Comité d'examen concernant les recommandations permanentes concernant la COVID-19 (voir [la version originale du présent rapport](#))

[A77/8 Add.2](#) : Recommandations permanentes pour la COVID-19 émises par le Directeur général, correspondant à la fin de l'urgence de santé publique de portée internationale déclarée en raison de la COVID-19

[A77/8 Add.3](#) : Rapport du Comité d'examen concernant les recommandations permanentes concernant la variole simienne (voir [la version originale du présent rapport](#))

[A77/8 Add.4](#) : Recommandations permanentes pour la variole du singe/variole simienne, publiées par le Directeur général, correspondant à la fin de l'urgence de santé publique de portée internationale déclarée due à la variole simienne.

Arrière-plan

Voir [les liens de l'outil de suivi](#) vers les discussions précédentes sur les RSI

Aperçu des questions à l'examen

RSI

[A77/8](#) rend compte des opérations en cours des RSI (points focaux, manifestations et informations, comités d'urgence et d'examen, soutien fourni aux pays pour les capacités de base, points d'entrée et mesures supplémentaires). La poliomyélite reste une urgence de santé publique de portée internationale. Covid et la variole du singe ne le sont plus.

Les données sur les résultats des auto-évaluations des capacités de base, des évaluations externes conjointes et des plans d'action nationaux pour la sécurité sanitaire sont fournies par le [cadre de suivi et d'évaluation du RSI](#). Pour les profils de pays, voir le portail du partenariat stratégique pour la sécurité sanitaire et la préparation aux situations d'urgence - [SPH Portal](#).

Covid : situation actuelle

[A77/8 Add.1 donne](#) un aperçu utile de la situation actuelle dans le monde en ce qui concerne la Covid. Les principaux problèmes abordés sont les suivants :

- les modes de transmission actuels, la baisse des notifications, la baisse des décès signalés ;
- décès hebdomadaires signalés (fin 2023) autour de 3000PW ;
- des variations importantes dans les primovaccinations ; les vaccinations de rappel inadéquates et inéquitables ;
- la surveillance et la notification sont inadéquates dans de nombreux pays, y compris la réduction du nombre de séquences contribuées ;

Covid : recommandations permanentes

Conformément à l'article 16 du RSI (non contraignant), il [est recommandé aux pays de l'A77/8 Add.2](#) :

- réviser et mettre en œuvre des plans nationaux révisés alignés sur [le plan actuel de préparation et de riposte à la Covid de l'OMS](#) ;
- maintenir la surveillance collaborative de la Covid ;
- continuer à communiquer les données Covid (morbidité, mortalité, séquences, couverture vaccinale et efficacité) ;
- atteindre la couverture vaccinale recommandée ;
- entreprendre des recherches ;
- fournir des soins cliniques optimaux ;
- continuer à œuvrer pour assurer un accès équitable à des contre-mesures médicales sûres, efficaces et de qualité garantie.

Mpox : situation actuelle

Le rapport du comité d'étude de la variole simienne ([A77/8 Add.3](#)) souligne ce qui suit :

- la gravité clinique est inférieure à celle décrite précédemment, mais inquiétante pour les personnes vivant avec le VIH qui sont immunodéprimées ; le taux de létalité en Afrique de l'Ouest et du Centre est pire qu'ailleurs ;
- les incertitudes concernant les réservoirs animaux, mais les espèces sensibles comprennent diverses espèces d'écureuils, de taupes, de souris et de singes ;
- Les personnes à risque plus élevé comprennent les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les travailleurs du sexe ; modes de transmission dans le contexte africain incertains, autres modes de transmission probables ;
- la transmission en Europe et en Amérique du Nord est en baisse ; se poursuit au Nigeria et en RDC et ailleurs en Afrique ;
- Aperçu du projet de cadre stratégique mondial de l'OMS (à partir de la page 17)

Mpox : recommandations permanentes

Le comité d'examen a délibéré sur la nécessité d'établir des recommandations permanentes, mais a conclu (bien que pas à l'unanimité) qu'elles étaient nécessaires et appropriées.

Dans l'[article 77/8 Add.4](#), il est recommandé aux pays de :

- élaborer et mettre en œuvre des plans nationaux de variole simienne ; y compris
 - l'inclusion de la variole simienne comme maladie à déclaration obligatoire ;
 - renforcer les capacités de diagnostic ;
 - veiller à ce que les rapports soient communiqués en temps voulu à l'OMS ;
 - veiller à ce que le séquençage génétique soit accessible et partager les données de séquençage ;
 - informer l'OMS des événements pertinents ;
- renforcer la capacité d'engagement communautaire... continuer à viser l'équité et à établir la confiance avec les communautés ;
- entreprendre des recherches appropriées ;
- appliquer des mesures relatives aux voyages internationaux ;
- fournir des conseils pour les soins cliniques
- œuvrer pour assurer un accès équitable à des contre-mesures sûres, efficaces et de qualité garantie.

Le MSP note que si les recommandations incluent le partage des données de séquençage génétique, il n'est pas fait mention du partage des avantages (toujours sujet à débat dans les négociations autour d'un traité sur les pandémies).

Commentaire du PHM

Le MSP apprécie le travail des comités d'examen du RSI et des conseillers du Secrétariat et reconnaît la justification et la base de données probantes des recommandations permanentes.

13.3 Groupe de travail sur les modifications au RSI

Gros plan

[A77/9](#) (NYP)

[Texte du Bureau pour la 8e réunion du GTDSH, 22-26 avril](#)

Rapport du Comité d'examen sur les amendements au RSI ([A/WGIHR/2/5](#))

Arrière-plan

[Site web du groupe de travail](#)

Voir [les liens de l'outil de suivi](#) vers les discussions précédentes des organes directeurs sur le RSI

Voir les [liens de l'outil de suivi](#) vers les rapports publiés récemment concernant les GTDSR

Commentaire du PHM

Qu'est-ce qui est (probablement) nouveau dans le RSI révisé et qu'est-ce qui est encore ouvert ?

- L'art 3 met l'accent sur l'équité et la solidarité entre les États parties (cela survivra-t-il ?) ; aucune mention de l'équité et de la solidarité au sein des pays ;
- Nouvelles dispositions concernant les « produits de santé » (comprend une définition, une référence à un dossier, l'obligation pour l'OMS de faciliter l'accès (article 13, toujours ouvert), à inclure dans les recommandations (articles 15, 16 et 17), la préoccupation pour les chaînes d'approvisionnement (article 18), les mesures sanitaires supplémentaires, la collaboration et l'assistance, « l'accès » à une capacité de base ; encore le débat sur la nature « volontaire » ou obligatoire de diverses dispositions ;
- Nouvelles classifications des situations d'urgence (disposition relative à l'alerte d'action précoce (articles 11 et 12) et à l'inclusion de la déclaration de pandémie, y compris une définition et un arbre de décision plus détaillés) ;
- Nouvelle disposition pour une autorité nationale RSI ainsi que les points focaux existants pour le RSI ;
- Nouvelles dispositions concernant la communication, la consultation, la vérification
- Création d'un nouveau Comité de mise en œuvre et de respect des dispositions (Art 54 bis)
- Des obligations plus explicites en matière d'assistance financière (article 44), y compris pour les capacités de base, la possibilité d'un mécanisme de financement « dédié », le

financement étant inclus dans la responsabilité du nouveau Comité de mise en œuvre et de respect des dispositions.

Observations complémentaires en attendant la finalisation des travaux du GT et la publication de la recommandation A77/9.

13.4 Organe intergouvernemental de négociation chargé de rédiger et de négocier une convention, un accord ou un autre instrument international de l'OMS sur la prévention, la préparation et la riposte aux pandémies

Gros plan

[A77/10](#) (NYP)

L'Assemblée sera saisie d'un rapport de l'INB. Il peut s'agir d'une constitution recommandée par l'INB pour le traité sur les pandémies proposé ou d'un accord avec un projet de résolution proposant un plan d'action à partir de maintenant (susceptible d'inclure un ou trois groupes de travail intergouvernementaux pour travailler sur les questions que l'INB n'a pas pu résoudre).

Alternativement, le rapport peut inclure un projet de résolution autorisant l'INB à poursuivre au-delà de l'AMS 77 en essayant de trouver un consensus sur les questions en suspens pour le traité/accord proposé.

Arrière-plan

Voir [le site de l'INB](#). Voir en particulier le projet de texte dans le [document A/INB/9/3 Rev.1](#) (22 avril 2024). Voir la version révisée du document A/INB/9/3 Rev.1 : [Accord de l'OMS sur la pandémie Texte reflétant les versions à l'écran jusqu'au VENDREDI 10 mai](#) à 12h30 CEST

Voir [les liens de suivi](#) vers les discussions précédentes des organes directeurs sur l'accord de pandémie proposé

Voir [les liens Tracker](#) vers les rapports publiés récemment concernant l'accord de pandémie proposé

Rapports récents

[KEI \(0517\)](#) : KEI commente les projets du 10 mai

[HPW \(0515\)](#) : Le dernier projet montre des progrès mais un long chemin à parcourir

[HPW \(0509\)](#) : Le consensus à la date limite semble impossible ; quelles sont les options

[GHF \(0503\)](#) ; les niveaux de surveillance et de responsabilisation pour ; un nouvel ensemble de dispositions « Une seule santé » (mais qu'en est-il des trois autres partenaires) ; Accès aux agents pathogènes et partage des avantages

[TWN \(0502\)](#) : GT1 Articles 4 (surveillance) et 5 (Une seule santé) ; GT2 Arts 10 (production locale et transfert de technologie) et 11 (transfert de technologie) ; GT3 Articles 14 (marchés publics) et 15 (renforcement des règlements) Voir le rapport sur les articles 4 (surveillance), 10 (production locale), 14 (renforcement des systèmes de réglementation), 17 (ensemble du gouvernement)

[HPW \(0502\)](#) : quelques détails sur le débat sur le PABS

[TWN \(0430\)](#) : discussion des articles 4 et 5 ; Le Royaume-Uni soulève des questions sur l'inclusion de One Health ; discussion sur le lien entre l'assistance technique et l'assistance technique pour la surveillance (article 4) ; en savoir plus sur OneHealth (Art5)

[GHF \(0430\)](#) : rôle du Groupe africain en matière d'équité ; PABS versus OneHealth (implications en matière d'ailerons) ; position conflictuelle du CDC africain ; les tensions entre un fonds de l'OMS pour les pandémies, le fonds de la Banque mondiale pour les pandémies et le Fonds mondial ; déclaration finale de la réunion africaine (rejeter le Fonds Pand, le PABS, le PPPR inclut la dérogation à la propriété intellectuelle) ; Bâtiment de capitalisation incrémentielle ; transfert de technologie) ; analyse utile du PABS par rapport à l'OH ; voir aussi le disque des questions de processus (texte vs groupes de travail parallèles) ; diagramme utile ; Finaliser l'accord au minimum ou différer

[PHD \(0429\)](#) : « Déséquilibre entre l'obligation pour les pays en développement de partager des échantillons d'agents pathogènes et l'absence de dispositions obligatoires pour une répartition équitable des avantages tels que les vaccins, les diagnostics et les traitements »

[TWN \(0429\)](#) : commentaire sur le processus ; analyse utile des contradictions fondamentales ; nécessité de poursuivre après l'AMS 77

[CSO \(0427\)](#) : excellent ordre du jour (qv)

[Fems4PV \(0426\)](#) : critique de processus ;

[MLP \(0426\)](#) : dispositions contraignantes vs volontaires ; connaissances non divulguées ; dérogation à l'Accord sur les ADPIC ; « clause de paix » (pas de contestation) ; adapter les lois sur la propriété intellectuelle en cas de pandémie ; La transparence a besoin d'être protégée

[SouthCentre \(0425\)](#) : contexte utile du processus de l'INB ; critique approfondie du processus adopté ; référence au projet de résolution proposé par l'AMS77 (3 wg ou un) ; recommandations concernant le processus et le contenu ; envisager de reporter la finalisation ; recommandations spécifiques qv ; réduction des engagements dans le cadre de l'initiative « Une santé » ; renforcement de la responsabilité ; accès équitable aux produits de R&D financés par le gouvernement ; transfert de technologie et de savoir-faire ; suspension temporaire des droits de propriété intellectuelle ; pabs ; spécification plus étroite de la chaîne d'approvisionnement et cadre logistique ; approvisionnement nat ; Financement durable

[KEI \(0419\)](#) : nécessité d'exceptions obligatoires aux obligations en matière de propriété intellectuelle ; dispositions relatives au transfert de technologie ; Annexe de l'UE CL

[GHF \(0419\)](#) : fait référence au projet de **résolution** en cours d'examen (qv) et aux IGWG proposés ; modifications par rapport à la dernière version ;

[GHF \(0416\)](#) : aperçu utile des questions clés

[TWN \(0409\)](#) : Focus sur la présentation de Viroj, PABS en particulier

[Nikkei \(0406\)](#) : tensions sur le transfert de technologie

[Gostin&Watal \(0403\)](#) : focus sur le PABS ; nécessité d'un partage obligatoire des avantages

[KEI \(0403\)](#) : utile sur la « clause de paix »

[SouthCentre \(0315\)](#) : appel à l'unité dans les pays du Sud et à la possibilité d'un vote sur le terrain ; récapitulation utile du contexte (en particulier la thésaurisation des vaccins) ; aperçu utile des dispositions et des débats clés

[Lancet \(0302\)](#) : honteux et injuste

[Gopa-GHF \(0227\)](#) : aperçu utile des questions clés

[Kavanagh-FP \(0205\)](#) : L'OMC a échoué dans la Covid ; ne peut pas leur laisser la propriété intellectuelle

[Politico \(0129\)](#) : Biden soutient l'industrie pharmaceutique

Commentaire du PHM

La campagne « capacités de base »

Dans les années qui ont précédé la pandémie de Covid, les pays en développement, en particulier les pays à revenu faible et intermédiaire de la tranche inférieure, ont exercé une pression croissante sur la mise en œuvre intégrale des « capacités de base » spécifiées dans le RSI. Cette pression s'est accrue après l'épidémie d'Ebola de 2014 en Afrique de l'Ouest avec le passage de l'auto-évaluation à l'« examen par les pairs » et à des campagnes de haut niveau.

À bien des égards, cette pression a été exercée afin de garantir la « sécurité sanitaire » du monde riche face aux menaces de maladies considérées comme provenant des pays en développement.

Cette pression exercée sur les pays à faible revenu pour qu'ils se conforment aux « capacités de base » était assez problématique. Les capacités de base en matière de prévention, de surveillance et d'intervention en cas de pandémie sont intégralement associées au niveau de développement du système de santé en général. Pour les pays qui ne dépensent que 40 à 50 dollars par habitant pour les soins de santé, les dépenses supplémentaires nécessaires pour atteindre les capacités de base seraient disproportionnées par rapport à d'autres demandes de remboursement de fonds limités. Les coûts d'opportunité de ces dépenses en termes de charge

de morbidité *non* réduite seraient difficiles à justifier dans le contexte de la prise de décision nationale.

Cependant, l'imposition de telles obligations est pleinement compatible avec les relations de pouvoir et d'échange inégales de l'impérialisme.

La priorité donnée à la « conformité » par les pays riches était aussi, dans une certaine mesure, une manœuvre dans la guerre de propagande contre la Chine.

Rappel à la réalité : la principale faiblesse pendant le Covid - prédicteur de mortalité évitable - était le manque de solidarité, et non les lacunes dans les « capacités de base »

La capacité de base qui manquait le plus dans le monde était la solidarité, incarnée par les inégalités des confinements et de la thésaurisation des vaccins et autres produits de santé.

Une série d'examens pendant et après la pandémie ont attiré l'attention sur la thésaurisation des vaccins ; moins sur les inégalités des confinements dans certains pays.

Cependant, la tension entre les droits de propriété intellectuelle et l'accès équitable à divers produits de santé a été mise en évidence par le conflit sur la question de savoir s'il fallait ou non lever les restrictions de propriété intellectuelle prévues dans l'Accord sur les ADPIC pendant la pandémie.

Engagement à élaborer un accord sur la pandémie

La proposition d'élaborer un accord sur les pandémies dans le cadre des pouvoirs de l'OMS en matière de traités a été soutenue par de nombreux pays, y compris des groupes à revenu élevé, intermédiaire et faible. Il semble que les pays riches espéraient atteindre leurs objectifs de conformité (renforcement des capacités de surveillance) et les pays pauvres espéraient obtenir des concessions dans la réduction des obstacles à l'accès et à la production locale dans le contexte des pandémies (et des urgences de santé publique de portée internationale), y compris les transferts financiers et techniques.

Obstacles à l'entente

Après trois ans de négociations, il reste des obstacles majeurs à un accord. Les principaux enjeux en litige sont les suivants :

- Accès aux agents pathogènes et partage des avantages (partage obligatoire des avantages significatifs) ;
- Renonciation obligatoire aux droits de propriété intellectuelle pendant les pandémies (ou PHEIC), y compris la « clause de paix » qui permettrait les violations des droits de propriété intellectuelle pendant une pandémie en raison d'un accord de ne pas contester ces violations ;
- Soutien au transfert de technologie (y compris le savoir-faire) pour soutenir la production locale ;

- Des dispositions d'application plus strictes concernant les capacités de base, y compris le renforcement des systèmes de santé ;
- Modalités de mobilisation des fonds, contrôlées par les parties à l'accord (au lieu de la Banque mondiale) ; y compris le soutien à la surveillance et à la riposte ;
- Dispositions relatives à l'approche « Une seule santé » (nonobstant le fait que les autres organisations intergouvernementales concernées (animaux, végétaux, environnement) ne sont pas parties à l'accord proposé).

La conclusion d'un accord dans les négociations de l'INB a été compliquée par les écarts (du Bureau de l'INB) par rapport aux normes standard d'élaboration des traités en ce qui concerne le processus de négociation.

Face au désaccord persistant au cours des négociations du début de mai, les délégués envisageaient soit i) un accord-cadre sans dispositions contraignantes et les questions difficiles devant être renvoyées à des protocoles pour examen ultérieur ; ou ii) autoriser la poursuite des négociations après l'Assemblée mondiale de la Santé 77 en vue de son adoption lors d'une session extraordinaire plus tard dans l'année ; ou (iii) des négociations plus intensives d'ici la clôture de l'AMS77. Le DG semble faire pression pour cette troisième option.

Mais l'absence de consensus montre aussi que l'équilibre des forces préexistant a été contesté. Le Conseil européen avait été l'un des fervents partisans d'un traité sur les pandémies, peut-être parce qu'il estimait qu'il serait en mesure d'assurer un meilleur respect de la surveillance, de la notification et du partage des agents pathogènes tout en ayant peu à concéder sur l'accès aux financements et aux technologies. Auparavant, seuls les grands pays en développement que sont le Brésil, la Chine, l'Inde et la Russie devaient être impliqués et ces pays disposaient déjà de capacités nationales. Mais au cours des négociations, les 54 membres du Groupe africain et une foule d'autres pays d'Asie et d'Amérique latine ont refusé de se laisser faire. Forts des discussions de haut niveau dans la société civile et les cercles politiques sur les questions en jeu, ces pays sont restés fermes sur leurs demandes « techniques » et ont ainsi modifié l'équilibre. Il s'agit d'une nouvelle situation à laquelle le MPS a contribué et qui doit être défendue et mise à profit. Les pays les plus pauvres ont peu à gagner et beaucoup à perdre si un traité sur les pandémies est adopté qui augmente leurs obligations mais ne leur apporte aucun avantage. Les pays en développement doivent rester fermes sur le fait qu'un accord inégal est pire que pas d'accord.

Le projet d'accord actuel et les débats au sein de l'INB n'abordent pas les inégalités sociales et économiques qui ont compromis la solidarité dans la réponse à la pandémie au sein des pays. À un moment donné, les pays en développement avaient fait pression pour une réponse commune mais différenciée et une approche des capacités respectives - similaire aux négociations sur le changement climatique qui sont également au point mort. Les pays à revenu élevé ont non seulement repoussé, mais même contesté l'utilisation du mot solidarité. Mais même sur ce point, les pays en développement devraient rester fermes et interpréter les conséquences de ces principes plus largement.

Un autre domaine qui n'a pas été abordé, et qui est réticent à le faire tant dans les pays développés que dans les pays en développement, est la prévention et la réparation des violations des droits de l'homme.

Perspective stratégique

Les négociations de l'accord sur la pandémie peuvent être analysées mot pour mot ou au niveau stratégique plus large. Les deux sont nécessaires, mais pour les activistes qui n'en sont pas capables (par manque de temps ou par manque d'accès au processus de négociation), il est particulièrement important d'en tirer les implications pour la santé publique, pour la géopolitique et pour le développement économique durable et équitable (en période de crise environnementale).

En termes de santé publique (prévention, préparation et réponse à la pandémie), il existe des perspectives d'améliorations marginales par rapport à l'expérience Covid. On espérait que les pays riches accepteraient probablement des réformes concernant les barrières de propriété intellectuelle, le soutien à la production locale et les transferts financiers qui pourraient éviter les pires caractéristiques de la thésaurisation des vaccins contre le Covid. Cependant, l'état actuel des négociations offre peu d'espoir d'améliorations significatives des perspectives de pandémie pour les personnes les plus pauvres dans les pays les plus pauvres.

Sur le plan géopolitique, l'une des caractéristiques frappantes des négociations a été la force du bloc africain (y compris l'Égypte) à parvenir à un accord significatif, y compris l'accès aux agents pathogènes et le partage des avantages, et les efforts déployés pour diviser le groupe africain, notamment par l'augmentation du financement bilatéral des États-Unis pour les capacités de surveillance et de réponse.

En ce qui concerne la lutte plus large pour un développement économique durable et équitable (en période de crise environnementale), les négociations autour de l'accord pandémique proposé peuvent être considérées comme un engagement important, en particulier en raison des défis posés au régime de propriété intellectuelle en vigueur et aux configurations mondiales de la recherche, du développement et de la production de biens et de services. Cela devrait être considéré comme une occasion pour les gouvernements progressistes de promouvoir des alternatives aux DPI actuels et à des formes de coopération et de collaboration Sud-Sud, qui renforceraient les capacités régionales et nationales pour mieux résister à la domination des puissances coloniales formelles.

Pour évaluer l'importance des négociations sur la pandémie par rapport à cet ensemble plus large de luttes, les conditions d'émergence de la pandémie et les dispositions de prévention et de réponse doivent être contextualisées par rapport à l'économie politique de l'aggravation des inégalités, des relations de pouvoir asymétriques et de la perpétuation des échanges inégaux, ainsi qu'aux défis existentiels du réchauffement climatique.

Le MSP appelle à une mobilisation mondiale de la société civile en soutien aux pays en développement qui font pression pour un accord significatif qui rendra le monde plus sûr face aux futures pandémies ; qui renforcera la géopolitique d'un ordre mondial multipolaire ; qui

contribueront à redresser les relations de pouvoir d'échange inégal (et d'insécurité économique) ; et qui contribueront à remédier à la crise environnementale contemporaine.

14.1 Travaux de l'OMS dans les situations d'urgence sanitaire

Gros plan

Extrait édité du rapport de synthèse du DG ([A77/4](#)) :

Rapports. À sa 154e session, le Conseil d'administration a pris note des rapports sur les situations d'urgence de santé publique : préparation et intervention ([EB154/14](#), maintenant révisé et présenté de nouveau en tant que [document A77/11](#)) ; renforcement de l'architecture mondiale de la préparation, de la prévention, de la réponse et de la résilience en cas d'urgence sanitaire ([EB154/15](#)) ; et conditions sanitaires dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est ([EB154/51](#), révisé et présenté de nouveau comme suit : [A77/12](#), pas encore publié).

L'Assemblée examinera les travaux de l'OMS dans les situations d'urgence sanitaire ([A77/11](#)) et le rapport sur les conditions sanitaires dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est ([A77/12](#), NYP).

UHPR. (Informé par [EB154/15](#)), dans [EB154\(9\)](#), le CE a proposé un projet de décision de l'AMS sur l'examen universel de la santé et de la préparation. [A77/4](#) (paragraphe 22) invite l'Assemblée à adopter la résolution recommandée par le Conseil dans le document EB154(9).

Gestion des risques en laboratoire. Dans le [document EB154\(10\)](#) (parrainé par l'UE et les États-Unis), le CE a proposé un projet de résolution de l'AMS pour le renforcement de la gestion des risques biologiques en laboratoire. [A77/4](#) (paragraphe 22) invite l'Assemblée à adopter la résolution recommandée par le Conseil dans le [document EB154\(10\)](#).

Palestine. Le Conseil a également adopté la résolution [EB154. R7](#) sur les conditions sanitaires dans le territoire palestinien occupé, qui a proposé que l'Assemblée adopte une résolution fondée sur [EBSS7. R1](#) d'EBSS7 avec des délais de déclaration différés d'un an. [A77/4](#) (par. 22) invite l'Assemblée à adopter la résolution recommandée par le Conseil dans le [document EB154. R7](#).

Risques naturels. Le Conseil a également examiné le texte d'un projet de résolution présenté par les États Membres sur le renforcement de la préparation aux situations d'urgence sanitaire en cas de catastrophe résultant de catastrophes naturelles ([EB154/CONF./2](#)). Le Conseil est convenu que les consultations sur le projet de résolution se poursuivraient pendant la période intersessions. On peut supposer qu'une version révisée de ce document de conférence sera publiée en temps voulu.

(Il convient de noter que ce point concerne l'action de l'OMS dans les situations d'urgence, de sorte que le débat concernant le conflit dans les territoires palestiniens occupés portera sur le rôle de l'OMS dans la fourniture de l'aide humanitaire. La discussion au titre du point 20 portera sur les conditions sanitaires dans les OPT, plus généralement.)

Arrière-plan

Voir [les liens Tracker](#) vers les rapports précédents sur l'action de l'OMS dans les situations d'urgence

Voir [les liens Tracker](#) vers les discussions précédentes *des organes directeurs* sur les conditions sanitaires dans les territoires palestiniens occupés

Voir [les liens Tracker](#) vers les *rapports précédents* concernant la Palestine

Voir également diverses enquêtes sur la préparation aux situations d'urgence de l'OMS par les auditeurs externes ([A77/22](#)) et internes ([A77/33](#)).

Commentaire du PHM

Voir [le commentaire du PHM](#) à EB154 (janvier 2024)

L'action de l'OMS dans les situations d'urgence sanitaire

[La recommandation A77/11](#) résume les travaux de l'OMS :

- dans toutes les situations d'urgence de grade 3 de l'OMS,
- dans les situations d'urgence humanitaire coordonnées par l'ONU, et
- dans les urgences de santé publique de portée internationale.,

[A77/11](#) également :

- fournit un résumé des tendances et des défis mondiaux en matière de situations d'urgence sanitaire au cours de la période considérée, ainsi que des perspectives à court et à moyen terme ; et
- des rapports sur le système de surveillance des attaques contre les soins de santé dans les situations d'urgence humanitaire complexes.

WHE fait un excellent travail. Malheureusement, il est largement sous-financé.

Examen de la santé universelle et de la préparation

Dans le [document EB154\(9\)](#), le CE propose un projet de décision de l'AMS sur l'examen de la santé universelle et de la préparation. La décision prendrait note des résultats des projets pilotes, demanderait au DG de poursuivre le développement de la phase pilote volontaire de l'UHPR et de rendre compte des enseignements tirés.

(Pour en savoir plus sur l'UHPR, voir [la note conceptuelle 2022 dans A75/21](#) et d'autres documents liés à la page Web de l'[UHPR](#).)

Commentaire du PHM

Un certain nombre de dispositions du [RSI révisé \(2005\)](#) exigent que les États parties établissent les capacités énumérées à l'annexe 1.

Dans sa résolution [WHA59.2](#) (2006), l'Assemblée de la Santé a prié le Directeur général d'entreprendre plusieurs activités « pour favoriser le respect immédiat, sur une base volontaire, des dispositions du Règlement sanitaire international (2005) ».

Le Comité d'examen du RSI, créé après la pandémie de grippe H1N1 de 2009, [a conclu \(A64/10, para 23\)](#) que « de nombreux États parties n'ont pas les capacités de base pour détecter, évaluer et signaler les menaces sanitaires potentielles et ne sont pas en voie de remplir leurs obligations en matière de plans et d'infrastructures avant l'échéance de 2012 spécifiée dans le RSI ».

La pression sur les États parties délinquants s'est accrue après l'épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest en 2014.

Le MSP a fait remarquer à plusieurs reprises que les « coûts d'opportunité » pour les pays en développement d'investir dans la réalisation des capacités de base de l'annexe 1 sont très différents des coûts d'opportunité pour les pays riches. Dans un pays confronté à un retard de croissance des enfants de moins de cinq ans ou à une mortalité maternelle élevée, le coût de la réaffectation des ressources à la réalisation des capacités de base, en partie pour protéger le monde riche des maladies qui semblent « émerger » dans les pays du Sud, peut être très élevé, si l'on mesure en termes d'action différée contre le retard de croissance ou la mortalité maternelle des enfants de moins de cinq ans.

La pression croissante sur les États parties délinquants s'est exprimée dans la pression pour participer à des « évaluations externes conjointes » et, en 2019, dans la création du [Conseil mondial de suivi de la préparation avec le soutien de la](#) Fondation Gates et de la Banque mondiale.

Le paradoxe douloureux de la Covid est que les « capacités de base », qui auraient fait une différence dans le fardeau de la morbidité et de la mortalité - la solidarité nationale et internationale - ne sont pas incluses dans l'annexe 1 du RSI.

L'initiative UHPR est un mécanisme d'examen par les pairs contrôlé par les États membres qui aide les pays à revoir leur préparation aux situations d'urgence, dans le contexte d'autres demandes de ressources nationales. Il devrait être soutenu.

Cependant, la solidarité et l'équité nationales et internationales, en tant que ressources essentielles face aux événements d'urgence, restent sur la liste des choses à faire.

Gestion des risques biologiques en laboratoire

[EB154\(10\)](#) propose que l'Assemblée décide

- D'exhorter les États membres à renforcer les protections nationales en matière de gestion des risques biologiques en laboratoire et à « accroître et sécuriser la coopération internationale, la mise au point d'outils techniques et le partage d'informations sur les laboratoires et les incidents »,

et de demander au DG :

- aider les États membres à gérer les risques liés aux laboratoires ;
- développer la capacité du Secrétariat ... « y compris, mais sans s'y limiter, la convocation de discussions pour proposer des niveaux de référence consensuels permettant une évaluation objective et la notification des incidents en vertu du Règlement sanitaire international (2005) des installations travaillant avec des agents microbiologiques grâce à l'identification et à la promotion des meilleures pratiques...
- pour surveiller les données probantes et les tendances ;
- promouvoir la collaboration internationale, y compris avec des acteurs non étatiques (vraisemblablement des philanthropes et des entreprises privées)
- permettre la poursuite des discussions entre les États Membres et les organisations internationales ou parties prenantes compétentes sur d'éventuelles propositions supplémentaires visant à renforcer globalement l'atténuation et la gestion des risques en laboratoire biologique

Commentaire du PHM

[A74/18](#) (2021) a fourni un examen utile des travaux de l'OMS en matière de biosécurité en laboratoire et autour de celui-ci. Elle a souligné qu'il y avait eu d'importants progrès techniques depuis [l'adoption de la résolution WHA58.29](#) (2005), qui avait donné mandat pour ces travaux.

La résolution proposée, coparrainée par l'UE et les États-Unis, pourrait être appelée « résolution de Wuhan », en particulier la référence à l'OP1(6) au partage d'informations, qui pourrait viser à interpeller la Chine sur le manque de transparence concernant les origines du Covid-19 et l'allégation selon laquelle le Covid est né de la libération de laboratoires.

Néanmoins, le projet de résolution est sensé et devrait être adopté.

Catastrophe de Gaza

Dans la résolution [EB154. R7](#) Le CE propose que l'Assemblée adopte une résolution fondée sur le texte de la [norme EBSS7. R1](#) d' [EBSS7](#), mais avec des délais de déclaration différés d'un an.

EBSS7 a été convoqué (en décembre 2023) pour examiner la catastrophe humanitaire qui se déroule dans la bande de Gaza à la suite de la guerre d'Israël contre le Hamas à la suite de l'incursion du 7 octobre. Les délibérations EBSS7 ont été éclairées par le [rapport de situation du programme d'urgence de l'OMS](#) (mis à jour le 10 mai 2024). Voir [l'ensemble des rapports de situation d'urgence](#). Le débat au EB154 a été éclairé par le [document EB154/51](#).

[EBSS7. R1](#) exprime sa grave inquiétude face à la situation désastreuse à Gaza, décrivant la situation en détail et appréciant le travail de l'EES. La résolution appelle à un passage sans entrave de l'aide humanitaire et à ce que toutes les parties se conforment au droit international. La résolution demande au Directeur général de faire rapport à l'Assemblée par l'intermédiaire de la CE et du SCHEPPR ; coordonner avec les donateurs ; évaluer les besoins et continuer à fournir une assistance technique et matérielle. Il demande à la communauté internationale d'assurer un financement adéquat pour répondre aux besoins immédiats et futurs. Le rapport demandé au Directeur général dans le paragraphe 5 a) devait être examiné par la présente assemblée, mais le document EB154. R7 propose que cela soit reporté à l'AMS 78.

Commentaire du PHM

On ne sait pas exactement pourquoi le rapport demandé dans EBSS7. R1 n'a pas été produit conformément aux délais initiaux. Il serait compréhensible que ce soit simplement parce que le WHE a été trop occupé à faire face à la catastrophe humanitaire à Gaza.

Cependant, la production du rapport demandé pourrait avoir déclenché une aggravation de l'urgence internationale autour de la nécessité d'un cessez-le-feu permanent, de l'intensification de la réponse humanitaire et de la mobilisation d'un soutien pour la reconstruction des infrastructures et des services.

La situation décrite dans le document EB154/51 (datant de janvier 2024) est vraiment désastreuse. Les rapports actualisés sur la situation d'urgence confirment que la situation s'est aggravée depuis.

Le MSP appelle les délégués à l'Assemblée mondiale de la Santé à se familiariser avec la catastrophe documentée dans le document EB154/51 et dans les rapports ultérieurs, et à exhorter leurs ministres de la Santé à s'engager avec leurs collègues des affaires étrangères dans un plaidoyer intersectoriel fort en vue de déployer tous les leviers diplomatiques en faveur d'un cessez-le-feu, d'un accès humanitaire et d'une mobilisation du soutien au relèvement et à la reconstruction. Une telle poussée diplomatique devrait inclure l'arrêt des livraisons d'armes et l'inculpation de la puissance occupante pour génocide, nettoyage ethnique et punition collective.

« Dangers naturels »

Le document EB154 a examiné un projet de résolution présenté par un groupe d'États membres sur le renforcement de la préparation aux situations d'urgence sanitaire en cas de catastrophe résultant de « risques naturels » ([EB154/CONF./2](#)).

L'examen du CE a été éclairé par le [document EB154/15](#) (« Renforcer l'architecture mondiale pour la préparation, la prévention, la réponse et la résilience aux urgences sanitaires »). En fait, l'EB154/15 ne mentionne pas les catastrophes résultant de « risques naturels », mais au paragraphe 24, il traite de la nécessité d'une certaine souplesse dans le développement, l'adaptation et l'alignement des capacités de base sur différents types de menaces et différents contextes.

Aucun consensus n'a été atteint et le projet de résolution a été reporté dans l'attente de nouvelles consultations. Le débat semble s'être concentré sur les références au sexe et à l'âge dans OP1(4), OP1(8) et OP2(4).

Commentaire du PHM

Le terme « risques naturels » est malheureux en ce sens qu'il semble minimiser le rôle du changement climatique dans l'augmentation de la gravité et de la fréquence des événements météorologiques extrêmes. Cependant, le projet indique clairement que les événements météorologiques extrêmes associés au réchauffement climatique sont inclus dans son champ d'application.

Le paragraphe 1 exhorte les États membres à se préparer de manière appropriée aux catastrophes de toutes sortes avec un certain nombre de suggestions utiles. Le PO2 demande au Directeur général d'apporter son soutien aux États membres et de renforcer les capacités du Secrétariat (y compris le Fonds de réserve) et de faire rapport aux prochaines réunions.

Le projet propose ce qui serait une résolution raisonnable qui pourrait utilement renforcer la préparation et la réponse aux « risques naturels ». Toutefois, il aurait peut-être été plus utile que les auteurs de cette résolution s'intéressent de plus près à la question soulevée au paragraphe 24 du document EB154/15, à savoir l'adaptation et l'alignement des capacités de base sur différents types de menaces et différents contextes.

Il est déconcertant que certains États membres semblent croire que la réponse aux catastrophes ne devrait pas tenir compte du sexe et de l'âge.

14.2 Mise en œuvre de la résolution WHA75.11 (Guerre entre la Russie et l'Ukraine)

Contenu

- [Gros plan](#)
- [Arrière-plan](#)
- [Commentaire du PHM](#)
- [Notes de discussion](#)

Gros plan

[A77/13](#) (révision du [document EB154/16](#))

Arrière-plan

[Liens vers les discussions précédentes de WHA75.11 \(guerre en Ukraine\)](#)

Commentaire du PHM

Le MSP se félicite des informations détaillées sur le système de santé ukrainien recueillies par le Système de surveillance des ressources et des services de santé (paragraphe 3), qui constituent une bonne base pour les plans visant à soutenir le secteur de la santé à plus long terme. Le fait que l'OMS ait toujours travaillé en étroite collaboration avec le ministère ukrainien de la Santé pour soutenir les services existants signifie également qu'ils sont bien placés pour travailler ensemble sur un plan à plus long terme et examiner comment les soins de santé primaires en particulier peuvent être renforcés. La transition vers le développement durable reste une perspective d'avenir. Il sera nécessaire d'intégrer des éléments durables dans le système dès que possible ; par exemple, s'il est approprié d'approvisionner des groupes électrogènes dans les établissements de santé à court terme (paragraphe 3), cela pourrait faire partie du plan national d'énergie renouvelable en Ukraine.

Dans le [document A76/12](#), il était mentionné que « l'OMS est engagée dans des discussions avec le ministère ukrainien de la Santé et le Service national de santé (le mécanisme à payeur unique pour les services de santé) sur les révisions du Programme de garanties médicales, qui spécifie les ensembles nationaux de services de santé, afin de s'assurer que les ensembles répondent et reflètent les besoins sanitaires prioritaires actuels dans le contexte d'urgence et au-delà ». [La recommandation A77/13](#) ne rend pas compte de l'état d'avancement de ces discussions et de la réduction pratique des paiements directs élevés.

Avant la guerre, l'Ukraine avait l'un des taux de mortalité maternelle les plus élevés d'Europe, bien qu'il soit en baisse ([A75/47](#)). Le taux de mortalité infantile était également relativement élevé par rapport à d'autres pays européens (environ six décès pour 1000 naissances

vivantes). La couverture vaccinale n'a pas atteint les objectifs de l'OMS. Bien que le conflit ait mis à l'épreuve les soins primaires, si l'attention portée par l'OMS à la préparation aux flambées épidémiques, au soutien au programme national de vaccination et à la formation des agents de soins de santé primaires peut être intégrée dans un système doté d'une forte composante de soins de santé primaires à l'avenir, cela devrait contribuer à améliorer ces chiffres.

Dans [WHA75.11](#), l'Assemblée a noté que le Comité régional de l'OMS pour l'Europe, lors de sa session extraordinaire du 10 mai 2022, avait adopté une résolution demandant au directeur régional de l'OMS pour l'Europe d'envisager de suspendre temporairement « les réunions régionales en Fédération de Russie, y compris les réunions techniques et les réunions d'experts, ainsi que les conférences et séminaires »... « jusqu'à ce que le règlement pacifique du conflit entre la Fédération de Russie et l'Ukraine soit mis en œuvre ». Ce serait un pas en arrière pour les habitants de ces régions. [La recommandation A77/13](#) ne rend pas compte des résultats de l'examen de cette proposition par le directeur régional.

Lors d'une récente réunion du Conseil d'administration, la frustration a été exprimée concernant le coût de l'accueil des réfugiés ukrainiens. Les appels au « partage du fardeau » dans ce cas soulignent les défis plus larges auxquels sont confrontées les personnes désespérées qui cherchent à fuir les conflits, la pauvreté et la sécheresse. Voir [EB152/36](#) pour plus de détails. Un rapport sur la mise en œuvre du [Plan d'action mondial](#) pour la promotion de la santé des réfugiés et des migrants récemment prolongé est attendu en 2025.

14.3 Initiative mondiale pour la santé et la paix

Gros plan

Extrait du rapport de synthèse de la DG (A77/4) :

À sa 154^e session, le Conseil d'administration a pris note du rapport sur l'Initiative mondiale pour la santé et la paix ([EB154/17](#)). Il a également adopté la décision [EB154\(11\)](#), dans laquelle il a recommandé à l'Assemblée de la Santé un projet de résolution qui, entre autres, continue d'appuyer la collecte de données probantes, la communication et le dialogue dans le cadre du processus consultatif de renforcement de la Feuille de route pour l'Initiative mondiale pour la santé et la paix et la présentation d'un rapport sur l'état d'avancement de la Feuille de route à l'Assemblée de la Santé en 2029. Au cours des discussions, les membres du Conseil ont souligné l'importance de protéger les infrastructures de soins de santé et les travailleurs dans les zones touchées par le conflit.

A77/4 (paragraphe 22) invite l'Assemblée à adopter la résolution recommandée par le Conseil dans le document EB154(11).

Commentaire du PHM

Aperçu

L'Initiative mondiale pour la santé et la paix (GHPI) est opérationnalisée au niveau national par deux principes clés qui définissent l'initiative. Les deux principes sont : la « sensibilité aux conflits » (ne pas nuire) et la « réactivité à la paix » (contribuer à renforcer les conditions de la paix, en particulier la cohésion sociale et la confiance). L'initiative sera développée à travers six axes de travail, à commencer par « Génération de données probantes par la recherche et l'analyse ». Voir [l'ébauche de la feuille de route](#) pour une discussion sur les deux principes et les six axes de travail.

Comme demandé par l'Assemblée de la Santé en mai 2023, le Secrétariat a entrepris de vastes consultations depuis lors. EB154/17 rend compte des principaux messages des différentes réunions de consultation. Il semble que les réponses aient varié d'enthousiastes à prudentes (voire sceptiques). Il semble probable que certaines des questions soulevées lors des consultations réapparaîtront au Conseil exécutif en janvier.

À la suite de la consultation des États membres de septembre 2023, un document d'information a été annoncé (paragraphe 4), partagé avec les ANE en janvier 2024 et un manuel (paragraphe 19) est attendu en 2024. Cependant, pour le document d'information, il faut faire preuve de prudence quant au contexte et à l'analyse des risques, qui comprend l'analyse de la paix et des conflits pour éclairer les bonnes décisions.

De plus amples détails concernant l'IPSM sont fournis sur le site Web de l'OMS, y compris quelques exemples utiles qui illustrent les deux principes clés en vigueur.

EB154/17 décrit une série d'activités mises en œuvre au cours des derniers mois dans le cadre de la mise en œuvre de l'IHP.

Appréciation

Le MSP salue l'initiative Santé mondiale pour la paix. Il est évident que, dans la mesure du possible, les programmes et services de l'OMS au niveau des pays doivent tenir compte des conflits et répondre à la paix (conformément aux significations expliquées dans le document EB154/17). Le travail entrepris jusqu'à présent et préfiguré dans les six axes de travail semble bien orienté vers l'élaboration et la mise en œuvre de l'Initiative.

Le PHM apprécie l'accent mis sur la production de données probantes par la recherche et l'analyse, y compris l'analyse d'études de cas. Plusieurs études de cas sont disponibles sur le site Web de l' [OMS](#). L'analyse continue des cas permettra d'établir des principes et des lignes directrices plus clairs. Ces recherches et analyses permettront également de recueillir des informations utiles sur les facteurs de conflit et de paix dans différents contextes.

L'accès inéquitable aux installations de base telles que les services de santé, les établissements d'enseignement, les efforts de développement, les opportunités économiques, les opportunités d'emploi, les services technologiques, le manque d'eau potable, d'électricité, pousse les gens à la colère et peut conduire à des conflits. La pauvreté, les déplacements forcés, la marginalisation, la stigmatisation, l'exclusion, l'injustice, l'insécurité, les questions commerciales, les conflits fonciers, les différences ethniques, religieuses et culturelles, les stéréotypes de genre, l'influence coloniale, la privatisation, les inégalités politiques, les tensions entre les groupes communautaires armés et les membres de la communauté, les discours de haine, la méfiance, l'insécurité alimentaire, les problèmes liés au climat tels que la pénurie d'eau pour l'agriculture contribuent également aux conflits dans les contextes fragiles et vulnérables.

Bien que l'Initiative mondiale pour la santé et la paix semble viser principalement à éclairer les activités de l'OMS dans les situations de conflit, les principes devraient être intégrés dans la formation du personnel de santé en général. Même lorsqu'il n'y a pas de conflit ouvert, il existe des divisions au sein des communautés où la sensibilité aux conflits (ne pas nuire) et la réceptivité à la paix (renforcer la cohésion sociale et la confiance) peuvent contribuer au bien-être et à la santé.

PHM apprécie le paragraphe 31 de la feuille de route :

En tant que telle, l'Initiative mondiale pour la santé et la paix se concentre sur les contextes fragiles, touchés par des conflits et vulnérables, mais elle est également pertinente dans tout contexte où la cohésion sociale, la résilience ou la confiance doivent être construites, maintenues ou renforcées à la demande et avec l'acceptation des gouvernements. Comme l'a démontré la pandémie de COVID-19, une faible cohésion sociale ou un faible niveau de confiance peuvent compromettre les résultats positifs en matière de santé et la couverture sanitaire universelle.

Une grande partie du travail de l'OMS pendant la pandémie de Covid a intégré l'essence de la « réactivité à la paix », bien qu'elle ne soit pas étiquetée comme telle.

Cependant, il est évident qu'il y a des limites à ce qui peut être réalisé grâce à l'IHP, comme cela a été évident lors de l'EBSS7 qui a exploré la situation dévastatrice à Gaza.

Risque de titrisation

Bien que le MPS se réjouisse de cette initiative, il faut veiller à ce que l'accent mis sur la paix ne soit pas sécurisé dans l'intérêt d'acteurs extérieurs.

Le concept de titrisation peut être illustré par l'intimidation des pays riches à l'égard des pays à revenu intermédiaire autour des capacités de base du RSI : insister sur le détournement des fonds vers le respect des normes de capacité de base - en tant que biens publics - essentiellement afin de garantir la sécurité des pays riches (qui avaient les ressources nécessaires pour atteindre les normes de capacité de base). Voir [le commentaire du MPS sur le point 12.4 à la WHA70](#) pour plus de détails.

L'accent mis sur l'Initiative au niveau national contribuera à garantir l'autonomie nationale, et les représentants de l'OMS seront en mesure d'aider les ministères nationaux de la Santé, y compris contre l'influence internationale induite et la sécurisation éventuelle de la santé dans les situations de conflit.

Cependant, les programmes de paix ne doivent pas être considérés comme étant confinés à un seul pays. La majorité des conflits impliquant l'OMS sont internationaux, et les griefs liés à l'exclusion ou à la discrimination pourraient clairement être liés à des questions internationales. L'attention accordée à la prestation équitable de services comme moyen de promouvoir la paix est la bienvenue et devrait être appliquée aux niveaux international et national.

Projet de résolution figurant dans EB154(11)

Le projet de résolution [EB154\(11\)](#) rappelle divers documents importants et réaffirme des principes importants. Il demande ensuite au Directeur général de continuer à travailler sur la feuille de route de l'Initiative mondiale pour la santé au service de la paix et de revenir à l'Assemblée dans cinq ans pour faire rapport sur « l'état d'avancement de la feuille de route en vue d'une éventuelle feuille de route renforcée consensuelle ».

Le [compte rendu du débat à la réunion EB154](#) n'explique pas le retard de cinq ans ni la référence à une feuille de route « possible et consensuelle ». Le seul intervenant à la réunion EB154 qui a exprimé des réserves au sujet de l'Initiative a été la Chine.

Le MPS exhorte l'Assemblée à adopter la résolution.

14.4 Poliomyélite : éradication, planification de la transition, post-certification

Gros plan

Extrait du rapport de synthèse de la DG ([A77/4](#)) :

Éradication de la poliomyélite

À sa 154e session, le Conseil exécutif a pris note du rapport sur l'éradication de la poliomyélite ([EB154/18](#)). Au cours des discussions, les membres du Conseil ont souligné la nécessité d'une surveillance robuste et de mesures ciblées pour atteindre tous les enfants sans dose dans les zones critiques.

Planification de la transition vers la poliomyélite et post-certification

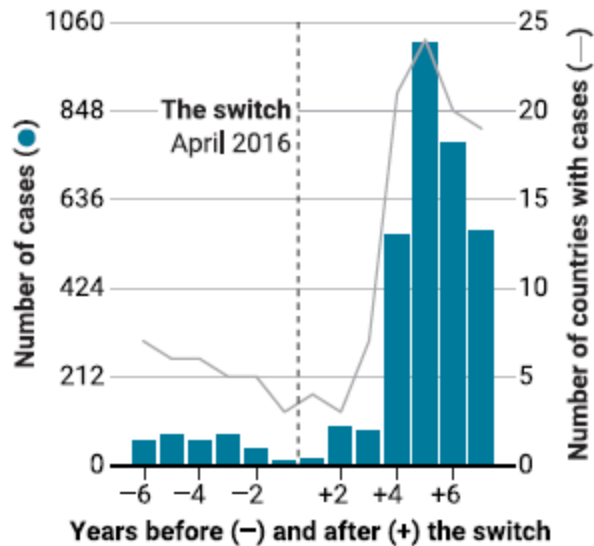
À sa 154e session, le Conseil exécutif a pris note du rapport sur la planification de la transition et la post-certification ([EB154/19](#)). Au cours des débats, les membres du Conseil ont souligné l'importance de prendre les mesures nécessaires pour se préparer à un monde sans poliomyélite, notamment en renforçant la vaccination, la surveillance, la préparation et la riposte aux flambées épidémiques et l'endiguement du poliovirus.

Arrière-plan

[Liens](#) Tracker vers des discussions précédentes sur la polio. Voir le résumé du débat du CE dans le [PSR10 du EB154](#).

Voir la déclaration de l'OMS à l'issue de la trente-huitième réunion du Comité d'urgence du RSI pour la poliomyélite (8 avril 2024) [ici](#).

Voir aussi : [Roberts, L. \(2024\)](#). « L'échec flagrant de la politique de vaccination contre la polio a laissé des milliers d'enfants paralysés. » *Science* 384(6696) : 609-610. Le graphique ci-dessous de Roberts (2024) montre l'augmentation du nombre de cas et de pays touchés par la paralysie poliomyélitique de type 2 dérivée d'une souche vaccinale après le retrait du vaccin antipoliomyélitique oral trivalent.



*Years range from 1 May to 30 April.

Voir également le document de l'IMEP, « Circulating vaccine-derived polioviruses Global update : A new approach to control cVDPV2 », août 2020, [ici](#).

Commentaire du PHM

Éradication de la poliomyélite

Le rapport [EB154/18](#) expose la situation actuelle et les réponses actuelles aux niveaux national et mondial. L'OMS, ses partenaires et le personnel de lutte contre la poliomyélite à tous les niveaux doivent être félicités pour leur bon travail.

Le rapport décrit la situation de la transmission sauvage dans les pays endémiques et indique que les recommandations (de [la réunion de juin 2023](#) du Groupe consultatif technique pour le Pakistan et l'Afghanistan) visant à combler les lacunes infranationales en matière d'immunité et de surveillance sont maintenant mises en œuvre. Il est déroutant qu'il n'y ait aucune mention de l'Initiative mondiale pour la santé et la paix de l'OMS (sensibilité aux conflits et réactivité à la paix) dans EB154/18.

Le rapport décrit des épidémies dans des régions non endémiques, y compris la poliomyélite dérivée d'une souche vaccinale. Il décrit l'utilisation plus large du nouveau VPO2 et l'homologation complète et la préqualification du vaccin et l'atténuation des contraintes de volume de production.

Parmi les autres initiatives signalées, citons le renforcement des capacités spécifiques au genre et la poursuite des travaux visant à intégrer la vaccination contre la poliomyélite dans les campagnes générales de vaccination.

Le rapport est assez optimiste quant à la perspective d'un financement adéquat à venir pour la mise en œuvre de la Stratégie d'éradication de la poliomyélite 2022-26.

Pour une analyse plus approfondie, voir [le commentaire du MSP sur l'éradication de la poliomyélite à EB152 \(2023\)](#)

Transition contre la poliomyélite et post-certification de la poliomyélite

[Le document EB154/19](#) résume le cadre stratégique post-2023 pour la transition contre la poliomyélite, y compris la poursuite des travaux sur la stratégie post-certification de la poliomyélite, y compris la notification et la réglementation de l'endiguement et l'élaboration de critères de vérification de l'élimination.

Le cadre stratégique post-2023 pour la transition contre la poliomyélite comprend une vision globale (décrite plus en détail dans le document EB154/19), des plans stratégiques régionaux et des plans d'action nationaux en Afrique, SEARO et EMRO. La responsabilité et l'appropriation sont considérées comme essentielles à la réalisation de la vision.

La transition est en cours. Les coûts des fonctions essentielles de lutte contre la poliomyélite assumées par les bureaux régionaux et les bureaux de pays de l'OMS ont été intégrés dans le segment de base du budget-programme 2022-23 et du budget de campagne 2024-25. Le transfert des ressources du programme de lutte contre la poliomyélite vers le segment de base du BP s'est accompagné d'une réduction progressive des effectifs du programme de lutte contre la poliomyélite (postes soutenus par l'IMEP).

Pour une analyse plus approfondie, voir [le commentaire du MSP sur la transition contre la poliomyélite à EB152 \(2023\)](#)

18 Éradication de la variole : destruction des stocks de virus de la variole

Gros plan

Extrait du rapport de synthèse de la DG ([A77/4](#)) :

À sa 154e session, le Conseil exécutif a pris note du rapport sur l'éradication de la variole : destruction des stocks de virus de la variole ([EB154/20](#)). Au cours des discussions, les membres du Conseil ont suggéré que le Secrétariat continue de partager des informations sur l'état du virus de la variole et d'assurer des inspections régulières des laboratoires du centre de dépôt du Centre collaborateur de l'OMS. Ils se sont félicités des informations fournies sur l'état de la flambée de variole simienne qui se poursuivait dans plusieurs pays, pour laquelle des mesures de lutte contre la variole avaient été déployées dans de nombreux pays. Avant la soixante-dix-septième Assemblée mondiale de la Santé, les États Membres ont été invités à examiner si et comment la recherche sur les orthopoxvirus et la variole devait se poursuivre.

Arrière-plan

[Tracker renvoie](#) à des discussions antérieures sur la variole et la variole.

Voir également [A77/8 Add.3 : Rapport du Comité d'examen concernant les recommandations permanentes concernant la variole simienne](#)

Commentaire du PHM

Aperçu

Le MSP a demandé à plusieurs reprises la destruction définitive des stocks restants du virus de la variole, mais comme indiqué au paragraphe 1 du [document EB154/20](#), l'Assemblée de la Santé a reporté cette action et autorisé la poursuite des recherches sous réserve des conditions énoncées au paragraphe 2.

Comme indiqué dans la [décision A72/28](#) (4 avril 2019), le comité consultatif

- juge qu'il n'est pas nécessaire de conserver le virus de la variole vivant pour le développement de vaccins antivarioliques plus sûrs au-delà des études déjà approuvées
- ne s'entend pas sur la question de savoir si la conservation du virus vivant de la variole demeure nécessaire à la mise au point d'essais diagnostiques essentiels pour la santé publique ; et
- juge que le virus vivant de la variole était encore nécessaire pour la poursuite du développement d'agents antiviraux contre la variole.

Voir le compte rendu du débat à la [WHA72 \(B7\)](#) pour l'explication des positions des pays sur la destruction des stocks restants du virus de la variole.

Le présent rapport (EB154/20) :

- résume les conclusions et recommandations des récentes réunions du Comité consultatif pour la recherche sur le virus de la variole ; ceux-ci touchent aux diagnostics, aux vaccins et aux thérapies ;
- fournit une mise à jour sur les inspections biennales de biosécurité et de biosécurité des deux dépôts autorisés de virus de la variole (en Russie et aux États-Unis) ;
- fournit des mises à jour sur les recommandations de l'OMS sur la vaccination contre la variole et sur les réserves de vaccins de l'OMS ;
- La riposte de l'OMS à la flambée épidémique multinationale de variole simienne depuis 2022.

Questions

Variole synthétique

Le Comité consultatif a recommandé que les séquences génomiques soient placées dans le domaine public. Le Secrétariat note que « les progrès de la biologie synthétique et de la technologie de reconstruction du génome peuvent apporter à la fois des avantages et des risques pour la préparation à la variole » et souligne l'importance pour les États membres de mettre en œuvre les directives recommandées par l'OMS dans la législation nationale.

(Il est ironique que si les derniers stocks du virus de la variole avaient été détruits en 1996 comme prévu à l'origine, le risque de synthèse ne se serait pas produit parce que le virus n'avait pas été séquencé à ce moment-là.)

Sécurité dans les deux dépôts autorisés

Les équipes d'inspection continuent de suggérer des moyens d'améliorer les installations, les protocoles et les pratiques. Ces dépôts ne sont pas exempts de risques et leurs dispositions de gestion des risques sont susceptibles d'être améliorées en permanence.

Stocks de vaccins et protocoles

Les réserves de vaccins détenues par l'OMS et les États membres vont des vaccins dérivés de la lymphe à base de virus de la vaccine aux vaccins de quatrième génération récemment développés à base de virus de la vaccine dont les gènes de virulence ont été supprimés. Il n'est pas certain qu'en cas d'épidémie de variole, les stocks de vaccins seraient suffisants, seraient tous d'efficacité et d'innocuité comparables, seraient répartis équitablement et seraient livrés de manière efficace et appropriée.

La variole du singe

L'évolution et l'intervention en cas d'urgence de la variole simienne sont décrites ; « Les perspectives restent préoccupantes ».

La page thématique de l'OMS sur la variole simienne conseille :

Après 1970, la variole simienne est apparue sporadiquement en Afrique centrale et orientale (clade I) et en Afrique de l'Ouest (clade II). En 2003, une épidémie aux États-Unis d'Amérique a été liée à des animaux sauvages importés (clade II). Depuis 2005, des milliers de cas suspects sont signalés en RDC chaque année. En 2017, la variole simienne est réapparue au Nigeria et continue de se propager entre les personnes à travers le pays et chez les voyageurs vers d'autres destinations. Les données sur les cas signalés jusqu'en 2021 sont disponibles [ici](#).

En mai 2022, une épidémie de variole simienne est apparue soudainement et s'est rapidement propagée à travers l'Europe, les Amériques, puis les six régions de l'OMS, 110 pays signalant environ 87 000 cas et 112 décès. L'épidémie mondiale a touché principalement (mais pas seulement) les hommes gays, bisexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et s'est propagée de personne à personne par le biais de réseaux sexuels. Plus d'informations sur l'épidémie mondiale sont disponibles [ici](#) avec des données détaillées sur l'épidémie [ici](#) ;

La variole simienne est endémique en RDC depuis 2005 et au Nigeria depuis 2017, mais ce n'est qu'un mois après l'épidémie mondiale de mai 2022 qu'elle a été déclarée urgence de santé publique de portée internationale (juin 2022).

Le Secrétariat s'est dit particulièrement préoccupé par les interactions entre le sida et la variole simienne en raison des effets immunosuppresseurs du premier. Dans son cinquième et dernier rapport, le Comité d'urgence a déclaré :

Le Comité a souligné la nécessité de partenariats à long terme pour mobiliser le soutien financier et technique nécessaire au maintien de la surveillance, des mesures de contrôle et de la recherche en vue de l'élimination à long terme de la transmission interhumaine, ainsi que de l'atténuation des transmissions zoonotiques, dans la mesure du possible. L'intégration de la prévention, de la préparation et de la riposte à la variole simienne dans les programmes nationaux de surveillance et de lutte, y compris pour le VIH et d'autres infections sexuellement transmissibles, a été réaffirmée comme un élément important de cette transition à long terme. En particulier, le Comité a noté que les progrès réalisés dans la lutte contre l'épidémie de variole simienne dans plusieurs pays ont été réalisés en grande partie en l'absence d'un appui financier extérieur et qu'il est peu probable qu'un tel appui soit maîtrisé et éliminé à plus long terme.

[EB154/20](#) note que « le financement de la riposte à la variole simienne reste extrêmement limité ».

La déclaration d'urgence a pris fin en mai 2023 et un comité d'examen a été nommé en vertu du RSI qui a recommandé que le DG émette une série de recommandations permanentes pour la variole simienne. Voir [A77/8 Add.3 : Rapport du Comité d'examen concernant les recommandations permanentes concernant la variole simienne](#)

15.1 Déterminants sociaux de la santé

Gros plan

Extrait du rapport de synthèse de la DG ([A77/4](#)) :

À sa 154^e session, le Conseil d'administration a pris note du rapport sur l'état d'avancement du Rapport mondial sur les déterminants sociaux de l'équité en santé ([EB154/21](#)). Au cours des débats, les membres du Conseil ont attiré l'attention sur plusieurs initiatives prometteuses visant à traiter les déterminants sociaux de la santé, tout en exprimant des préoccupations quant à la lenteur des progrès dans la mise en œuvre des recommandations de 2008 de la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS. Ils ont fourni des orientations pour la finalisation du prochain rapport mondial.

Arrière-plan

[Liens de suivi](#) vers les discussions précédentes sur SDH

Le MSP exhorte le Secrétariat à envisager l'utilisation de l'expression « détermination sociale de la santé » au lieu de « déterminants sociaux de la santé ». Le concept de « détermination sociale de la santé » concentre notre attention sur les structures, les forces, les processus et les dynamiques qui façonnent les conditions dans lesquelles nous grandissons, apprenons, jouons, travaillons et vieillissons. Cet usage contraste avec l'utilisation courante des « déterminants sociaux » qui concentre l'attention sur les caractéristiques dominantes de notre environnement social qui façonnent la santé des gens sans accorder une attention systématique aux processus sociaux, politiques et économiques qui reproduisent ces caractéristiques.

Commentaire du PHM

Appréciation

Le MSP apprécie l'engagement du Dr Tedros, du personnel du Secrétariat (à Genève et dans les bureaux régionaux et de pays) et des experts qui ont contribué à l'élaboration du rapport au cours des dernières années. Cela fait maintenant 15 ans que le rapport de la Commission sur les déterminants sociaux de la santé a été publié et il y a eu des moments où il semblait que l'ensemble du projet avait été mis de côté.

Le MSP remercie également les États membres qui ont insisté pour que l'action autour des facteurs d'inégalité en matière de santé progresse et ceux qui ont fourni des ressources pour soutenir ce travail. Le MSP apprécie également les militants de la santé (dans le milieu universitaire et dans les mouvements sociaux) qui ont refusé de permettre que les inégalités en matière de résultats en matière de santé soient négligées.

Les données résumées dans le document EB154/21 sont contradictoires ; à la fois les niveaux d'iniquité et la lenteur des progrès dans la correction des inégalités en matière de santé depuis

2008. Il faut espérer que les résultats et l'analyse plus détaillés jetteront un nouvel éclairage sur les défis les plus urgents, les causes et les priorités.

EB154/21 revient sur les progrès (ou l'absence de) progrès depuis le rapport de la Commission de 2008. Il affirme que « des progrès ont été réalisés par rapport aux trois cibles, mais les taux d'amélioration actuels sont insuffisants pour atteindre les cibles d'ici 2040. L'inégalité persiste entre les pays, et à l'intérieur des pays, où des données sont disponibles, les tendances sont souvent déconcertantes. Les sous-groupes de population défavorisés, tels que ceux qui ont un statut socio-économique et un niveau d'éducation inférieurs et ceux qui sont touchés par la discrimination raciale, vivent moins longtemps et en mauvaise santé". Il conclut que « l'attention et l'action ont été insuffisantes sur les principaux déterminants structurels tels que les systèmes économiques inéquitables, la discrimination structurelle, y compris le racisme croisé et l'inégalité entre les sexes, et la faiblesse des infrastructures sociétales ». Il conclut que « les efforts visant à réduire les inégalités en matière de santé se sont souvent concentrés sur les efforts nécessaires à une prestation de services de santé plus équitable », mais qu'il y a eu moins d'efforts de plaidoyer et de collaboration intersectoriels.

Le document EB154/21 souligne l'impact de multiples crises croisées (climat, Covid, conflits, coût de la vie) et souligne les transitions sociales et techniques majeures qui devraient exacerber les inégalités en matière de santé.

Le document EB154/21 préfigure 14 recommandations spécifiques portant sur quatre objectifs primordiaux. Les objectifs de ces recommandations sont les suivants :

- « s'attaquer aux effets sur la santé des hiérarchies de pouvoir et de distribution des ressources ; s'attaquer aux systèmes et aux politiques qui favorisent la discrimination structurelle, y compris le racisme croisé et l'inégalité entre les sexes ; et reconstruire les infrastructures sociétales faibles pour améliorer les conditions de vie et de travail et renforcer les liens sociaux" et
- fournir des points d'entrée pour que « le secteur de la santé agisse comme un catalyseur et un moteur d'action au niveau structurel ».

Quelle est la théorie du changement qui sous-tend ces recommandations ?

Les questions critiques à se poser dans l'évaluation de ces recommandations concernent la théorie du changement sous-jacente qui a guidé leur élaboration.

- Qui sont les agents dont la pratique sera modifiée à cause de ce rapport ?
- Quels sont les facteurs fondamentaux de l'inégalité, de la discrimination, de l'austérité et de l'aliénation et comment ces recommandations s'engagent-elles dans ces facteurs fondamentaux ?
- Pourquoi les recommandations faciliteraient-elles l'adoption de politiques d'équité et la mise en œuvre de programmes d'équité ? quels ont été les obstacles à ces politiques et programmes dans le passé (y compris le rapport de 2008 de la Commission) et comment ce rapport contribuera-t-il à surmonter ces obstacles ?

Stratégie

Il y a une stratégie évidente dans ce document, bien qu'elle ne soit pas clairement énoncée dans le document EB154/21. Cette stratégie implique un renforcement et un alignement de divers moteurs de politiques et de programmes pro-équité. Ces facteurs comprennent :

- l'articulation d'une série de politiques pro-équité, avec l'imprimatur de l'OMS, qui sont pertinentes pour les débats internationaux et nationaux sur les politiques et programmes sociaux et économiques ;
- l'accent mis sur l'engagement communautaire et la participation sociale dans les processus politiques et la création de conditions qui maximisent les capacités de la société civile indépendante et inclusive à aborder les déterminants sociaux de l'équité en santé ; et
- renforcer l'accent mis sur les déterminants sociaux dans les systèmes de santé et les plateformes politiques ; et le renforcement des capacités humaines dans les domaines de la santé, de la protection sociale, de l'éducation, du travail, de l'administration locale et des organisations de services afin d'améliorer les efforts intersectoriels visant à aborder les déterminants sociaux de l'équité en santé
- l'accent mis sur la mesure, la recherche et la publication des divers indicateurs de l'inégalité en matière de santé, de la discrimination et de la faiblesse des services sociaux ;

Le Rapport mondial comme intervention dans l'élaboration des politiques mondiales

EB154/21 suggère que le Rapport mondial adoptera une position progressiste (en faveur de l'équité) sur un certain nombre de questions qui sont très contestées dans le débat politique mondial. Il s'agit d'une intervention directe dans l'élaboration des politiques mondiales et, parce qu'elle relève de l'autorité de l'OMS, il s'agit d'une intervention importante.

L'articulation faisant autorité de ces positions politiques fournit un levier qui peut être exercé par les défenseurs de l'équité en santé.

De telles positions politiques en faveur de l'équité incluent :

- Utilisation de l'impôt progressif et des transferts de revenus pour promouvoir l'équité et élargir l'espace budgétaire national pour les services publics universels ;
- Fournir un financement public adéquat pour les infrastructures et la prestation de services dans les domaines de la santé, de l'éducation, des transports, du logement, de l'eau, de l'assainissement et des systèmes alimentaires ;
- Soulignant le concept de déterminants commerciaux de la santé et la nécessité d'une réglementation pour maximiser la capacité du secteur privé en matière de promotion de la santé ; souligner le rôle des marchés publics dans la promotion de « produits durables, sûrs et sains et de normes de travail sûres et équitables » ;
- Renforcer les considérations d'équité en matière de santé dans les processus commerciaux mondiaux et régionaux ;

- Soulignant l'importance de la marge de manœuvre budgétaire pour les investissements publics favorables à la participation dans des domaines tels que l'allégement de la dette, le financement du développement, la coopération internationale en matière de fiscalité ;
- Parvenir à la couverture sanitaire universelle grâce à des approches progressives de financement de la santé et de soins de santé primaires ; Minimiser les dépenses directes et financer les services de santé à partir des ressources gouvernementales mises en commun ;
- Soulignant la nécessité d'aborder et de protéger les déterminants sociaux de l'équité en santé dans les situations d'urgence, les migrations et les conflits ; garantir le droit des personnes déplacées à accéder aux services de santé et aux services sociaux.

Le Rapport mondial comme intervention dans l'élaboration des politiques nationales

De même, le rapport adoptera une position progressiste (en faveur de l'équité) sur un certain nombre de questions qui sont très contestées dans le débat de politique nationale (dans certains cas, des questions qui sont contestées au niveau international et national). Il s'agit d'une intervention directe dans l'élaboration des politiques nationales et importante car elle déploie l'autorité de l'OMS. Voici quelques exemples de positions politiques en faveur de l'équité :

- Veiller à ce que les investissements dans l'aménagement urbain, rural et territorial, les transports et le logement soient étayés par des approches garantissant que les logements et les environnements bâtis sont sains et accessibles ;
- Soulignant l'importance des « communautés amies des aînés » dans la lutte contre l'isolement social et la solitude ;
- Soulignant l'importance de la protection sociale universelle ;
- Étendre les droits fondamentaux à l'emploi aux travailleurs précaires et informels ;
- Reconnaître et réparer la discrimination, y compris celles liées au sexe, à la race et au handicap, et s'attaquer aux impacts de la colonisation, et reconnaître l'indigénité comme un déterminant de la santé et de l'équité en santé ;
- Articuler les avantages de l'équité en santé de l'action sur le changement climatique, la biodiversité et la sécurité alimentaire ;
- Renforcer le soutien aux communautés autochtones dans leur gestion des terres et des ressources naturelles ;
- Soulignant l'importance d'orienter la transformation numérique en faveur de l'équité en santé et du bien public ;
- Parvenir à la couverture sanitaire universelle grâce à des approches progressives de financement de la santé et de soins de santé primaires ; Minimiser les dépenses directes et financer les services de santé à partir des ressources gouvernementales mises en commun.

Documentation et analyse inadéquates des facteurs fondamentaux de l'inégalité, de la discrimination, de l'austérité et de l'aliénation

Il ressort du résumé du document EB154/21 que, malgré des références occasionnelles, le rapport ne fournira pas une documentation et une analyse complètes des facteurs fondamentaux de l'inégalité, de la discrimination, de l'austérité et de l'aliénation. Il s'agit notamment de :

- l'évaporation de l'emploi décent associée à la libéralisation du commerce, au développement technologique et à l'émergence de grandes entreprises, situées à cheval sur les chaînes de valeur mondiales, avec le pouvoir d'extorquer diverses concessions aux pays comme condition à l'investissement étranger ;
- l'impact sur les petits agriculteurs de la protection et des subventions de l'agriculture du Nord et le pouvoir des géants de l'agro-industrie dans les chaînes de valeur alimentaires mondiales (y compris la distinction entre sécurité alimentaire et souveraineté alimentaire qui a des implications clés pour le commerce des produits agricoles) ;
- l'impact de la libéralisation financière sur la capacité des gouvernements nationaux à gérer leurs propres économies, y compris une fiscalité progressive et une marge de manœuvre budgétaire suffisante pour le développement social ;
- l'opposition farouche des entreprises à une réglementation qui rendrait leurs activités moins dommageables, en investissant des sommes massives dans le lobbying et en influençant les programmes gouvernementaux ; l'influence par la philanthropie d'entreprise, les stratégies de responsabilité sociale des entreprises qui peuvent détourner l'attention de leurs impacts négatifs sur la santé et la société, ainsi que de la domination idéologique et de l'accumulation du pouvoir économique ;
- l'impact économique, politique et culturel des forces néocoloniales sur les anciennes colonies ou les nations moins puissantes, par le biais de mécanismes tels que la domination économique et la dépendance à la dette, les déséquilibres commerciaux et les lois sur la propriété intellectuelle, l'influence politique dans la gouvernance locale, l'impérialisme culturel occidental, le contrôle des données et de la technologie et l'exploitation de l'environnement ;
- la perpétuation et le point culminant de la guerre et des conflits en raison de l'impact des intérêts économiques et géopolitiques, encouragés également par les alliances intergouvernementales ;
- la propriété de nouvelles technologies et d'outils technologiques numériques par quelques entreprises privées, conduisant à des pratiques monopolistiques qui privilégient le profit à l'intérêt public, la confidentialité des données, les problèmes de sécurité et les questions de censure ; le capitalisme de surveillance érode l'autonomie individuelle, des libertés civiles et du progrès social, augmentant l'influence exercée par les entreprises dans les politiques publiques en raison de leur capital économique et informationnel substantiel et de l'impérialisme numérique ;
- l'impact de l'aggravation des inégalités économiques et de l'évaporation de l'emploi décent sur la dépression et la colère communautaires, qui se manifestent parfois dans les mouvements néofascistes ;

- le lien historique et persistant entre les systèmes économiques d'exploitation et d'autres systèmes d'oppression, y compris le patriarcat, la suprématie blanche et le capacitisme ;
- l'impact du système économique sur la culture et les relations humaines en favorisant l'individualisme, la méfiance, la passivité et le consumérisme, l'érosion des espaces publics, la marchandisation et la fragmentation du temps.

L'incapacité à documenter et à analyser pleinement ces facteurs affaiblit la plate-forme politique avancée dans le Rapport mondial et diminue l'influence dont disposent les différents groupes qui plaident pour une réforme des politiques dans cet espace.

Documentation et analyse inadéquates des obstacles à l'adoption de politiques pro-équité

Il ressort du résumé du document EB154/21 que, malgré des références occasionnelles, le rapport ne fournira pas une documentation et une analyse complètes des obstacles à l'adoption de politiques favorables à l'équité et à la mise en œuvre de programmes en faveur de l'équité. Il s'agit notamment de :

- le pouvoir du « sentiment du marché » (la voix du capital international) sur les gouvernements élus en matière de fiscalité, de dépenses publiques, de privatisation, de commercialisation et de marchandisation des services sociaux, y compris les soins de santé ;
- l'impact de la politique monétaire et de la porte tournante (entre les entreprises et le gouvernement) sur l'élaboration des politiques, facilitant l'élaboration des politiques publiques pour servir l'intérêt privé ;
- le rôle de la Banque mondiale et d'organismes similaires dans la promotion de politiques économiques néolibérales (malgré ses rapports sur papier glacé qui prétendent résoudre tous les défis sociaux et économiques possibles) ;
- le rôle du FMI et des banques privées mondiales dans l'imposition de l'austérité tout en refusant de s'attaquer aux causes de la dette insoutenable et des vulnérabilités monétaires ;
- les limites de l'élaboration des politiques nationales qui ont été intégrées dans le réseau mondial d'accords multilatéraux et plurilatéraux de commerce et d'investissement.

L'incapacité à documenter et à analyser pleinement les obstacles à la mise en œuvre de politiques favorables à l'équité affaiblit le leadership politique à fournir par le Rapport mondial et diminue l'influence dont disposent les différents groupes qui plaident pour une réforme des politiques dans cet espace.

L'absence d'une analyse critique approfondie du contexte historique actuel peut augmenter le risque d'introduire des recommandations biaisées pour la promotion de l'équité en santé. Un exemple pertinent dans le document EB154/21 est la recommandation de légiférer et de réglementer les activités du secteur commercial et privé, qui n'a pas réussi à produire à plusieurs reprises des résultats durables en faveur de l'équité mondiale en matière de santé.

Construire les groupes qui peuvent exercer une pression politique sur l'élaboration des politiques nationales et le débat politique international

Il ressort du document EB154/21 que la stratégie qui sous-tend le Rapport mondial, en termes de conduite du changement, reposera sur trois principaux groupes : la mesure et la recherche ; une société civile favorable à l'équité ; systèmes et personnel de santé.

Le groupe de mesure, de recherche et de publication

Le groupe de la mesure, de la recherche et de la publication comprend les chercheurs sur l'équité en santé (épidémiologie, sciences sociales, études sur les politiques, etc.) et les organismes de surveillance des programmes et de rapports statistiques.

Le Rapport mondial soulignera l'importance d'un suivi continu de l'équité en santé et de la poursuite de la recherche sur les tendances et les modèles en matière d'équité en santé (y compris les facteurs d'iniquité et les obstacles à l'action politique).

L'histoire du débat sur l'équité en santé suggère que la mesure et la publication (de Virchow à Marmot) font une différence.

Cependant, il est également nécessaire de reconnaître comment et pourquoi de tels efforts ont eu des résultats limités dans le passé. Ces raisons sont les suivantes :

- La commercialisation et la commercialisation globales de la recherche, qui érodent la liberté académique, l'éthique et les valeurs, minent la qualité des données probantes produites par rapport aux indicateurs quantitatifs de la réussite scolaire, ainsi que détériorent les conditions de travail des universitaires et des chercheurs ;
- Des intérêts politiques et économiques dont dépendent les établissements universitaires et la recherche et qui peuvent résister ou miner les efforts de recherche qui mettent en évidence les inégalités systémiques en matière de santé ;
- Le sous-financement de la recherche essentielle sur l'équité en santé par rapport à d'autres domaines de la recherche médicale et de la santé publique qui peuvent adopter une perspective moins critique ou être plus rentables, ce qui limite la portée et l'ampleur des études, ainsi que la capacité de soutenir des initiatives de recherche à long terme ;
- L'exploitation de la main-d'œuvre de recherche par les institutions et les entreprises, créant des conditions de travail précaires ;
- Problèmes de paternité dans le domaine de la recherche sur l'équité en santé universitaire mondiale, caractérisés par la surreprésentation du regard des groupes sociaux dominants dans les revues universitaires, provenant d'agents d'origines occidentales, coloniales et patriarcales.

Société civile pro-équité

Il ressort clairement du document EB154/21 que le Rapport mondial considère le plaidoyer de la société civile comme un moteur important du changement, des communautés locales au gouvernement local ; aux ONG internationales actives dans le domaine de l'équité en santé ;

aux mouvements sociaux d'intérêt public travaillant avec les communautés qui portent le poids de l'inégalité, de la discrimination et du manque de services.

Il est évident que les positions politiques en faveur de l'équité mentionnées dans le document EB154/21 et développées dans le Rapport mondial fourniront un levier pour ce plaidoyer de la société civile.

Cependant, il serait important de ne pas sous-estimer les défis auxquels est confronté ce plaidoyer de la société civile, notamment les obstacles juridiques imposés par de nombreux gouvernements à la mobilisation populaire et à l'expression démocratique.

Les éléments de base du plaidoyer de la société civile sont les organisations et les réseaux qui rassemblent les expériences et les demandes de ceux qui portent le poids de l'inégalité. La construction d'une voix cohérente capable d'influer sur l'élaboration des politiques nationales implique une convergence de différentes communautés au-delà des frontières, à la lumière des facteurs structurels communs de leurs différents désavantages.

En termes de construction d'un groupe cohérent de la société civile capable d'intervenir fortement dans le débat politique international, de nombreuses questions revendiquent la priorité et il y a des frontières de langue, de culture et de contexte à franchir. Cependant, ces ONG et réseaux internationaux sont renforcés lorsqu'ils ont des liens directs avec les organisations de base.

Si l'OMS devait relever le défi de travailler avec la société civile, elle pourrait faire beaucoup, depuis Genève, et depuis les bureaux régionaux et de pays. Cependant, en tant qu'organisation d'État membre, l'OMS a été très prudente quant à la collaboration avec la société civile au-delà de la sclérose des « relations officielles ».

Systemes et personnel de santé

EB154/21 laisse présager une impulsion politique majeure pour renforcer l'accent mis sur les déterminants sociaux dans les systèmes de santé et les plates-formes politiques ; intégrer les déterminants sociaux de l'équité en santé dans toutes les stratégies, politiques, plans de préparation et d'intervention en cas d'urgence et lois sur la santé publique ; Développer les capacités humaines dans les domaines de la santé, de la protection sociale, de l'éducation, du travail, de l'administration locale et des organisations de services afin d'intensifier les efforts intersectoriels visant à s'attaquer aux déterminants sociaux de l'équité en santé.

Cette vision des organismes et du personnel de santé en tant que défenseurs de l'équité rappelle la promesse de la Déclaration d'Alma-Ata de 1978 qui prévoyait un scénario où les praticiens des soins de santé primaires et leurs organismes travaillaient avec leurs communautés pour s'attaquer aux déterminants sociaux de leur santé ([Newell, 1975](#)). Après 30 ans à essayer d'enterrer ou de réinterpréter la vision d'Alma-Ata des soins de santé primaires, il est encourageant de voir ce principe fondamental être reconnu.

Cependant, les gestionnaires du système de santé sont partout confrontés à des besoins qui dépassent les ressources et leurs contrats de travail les incitent fortement à concentrer toutes

leurs ressources sur ces besoins programmatiques. Les financiers des systèmes de santé sont également préoccupés par le nombre de patients et, bien que les unités de promotion de la santé aient été autorisées à parler des inégalités en matière de santé (parfois), elles ont rarement les ressources nécessaires pour étayer leur rhétorique.

Pour répondre à ces incitations conservatrices, il faudra une clientèle extérieure, en dehors de l'établissement de santé, exigeant un changement de politique ; exiger des mesures significatives en faveur de l'équité en santé. Cette circonscription extérieure ne peut provenir que des communautés qui ont le plus à gagner des politiques et des programmes en faveur de l'équité. Il sera essentiel de faciliter ces voix pour « tirer parti du secteur de la santé » pour l'action en faveur de l'équité en santé.

Le document EB154/21 appelle à une couverture sanitaire universelle par le biais d'un financement progressif et d'approches de soins de santé primaires, en renforçant l'orientation des soins de santé primaires dans les systèmes de santé et en augmentant la part des gouvernements dans les dépenses de santé, en particulier pour les populations marginalisées. Bien que progressive, cette recommandation omet de s'attaquer davantage aux principaux obstacles à la capacité des systèmes de santé à couvrir les besoins croissants en matière de soins de santé, y compris les multiples formes de privatisation de la prestation des services de santé qui compromettent l'égalité d'accès à des services de qualité, complets, continus et fondés sur les besoins.

Le MSP exhorte les membres du CE à approuver les politiques et stratégies positives en faveur de l'équité annoncées dans le document EB154/21 et à renforcer les domaines dans lesquels le Rapport mondial risque de passer sous silence les questions clés

Le MPS exhorte les organisations de la société civile d'intérêt public à tirer pleinement parti de la plate-forme politique progressiste annoncée pour le Rapport mondial et à renforcer le plaidoyer national et international autour de l'élaboration et de la mise en œuvre de politiques et de programmes favorables à l'équité.

L' [appel à l'action](#) adopté par la cinquième Assemblée populaire de la santé appelle à un monde libéré du contrôle des entreprises, résistant à la corporatisation, à la marchandisation et à la colonisation.

Le MPS exhorte les organisations de la société civile d'intérêt public à aller au-delà de la plate-forme politique préfigurée pour le Rapport mondial et à insister sur :

- Imposition progressive du revenu, de la fortune, des successions et des sociétés imposée à l'échelle mondiale avec toutes les failles comblées ;
- Une réglementation contraignante des entreprises mondiales et l'introduction d'une législation antitrust pour briser leur pouvoir monopolistique ;
- Élimination des obstacles à la propriété intellectuelle qui limitent l'accès aux technologies de la santé en tant que biens publics, en les retirant de l'Accord sur les ADPIC ; faire un usage complet, rapide et large des garanties de santé publique contenues dans les réglementations internationales ;
- Transformer le régime actuel de R-D en technologies de la santé en un régime guidé par les besoins de santé publique ;

- la réglementation et la législation des pratiques d'emploi dangereuses et la promotion d'un emploi qui apporte satisfaction et bien-être ;
- Ratification des Principes directeurs des Nations Unies relatifs aux entreprises et aux droits de l'homme ;
- Soutien total à la déclaration des Nations Unies sur les droits des paysans et des travailleurs ruraux.

15.2 Nutrition de la mère, du nourrisson et du jeune enfant

Gros plan

Extrait du rapport de synthèse de la DG ([A77/4](#)) :

À sa 154e session, le Conseil d'administration a pris note du rapport biennal sur le plan de mise en œuvre global sur la nutrition de la mère, du nourrisson et du jeune enfant ([EB154/22](#)), y compris les directives sur les mesures réglementaires visant à restreindre la commercialisation numérique des substituts du lait maternel ([ici](#)). Au cours des débats, les membres du Conseil ont demandé au Secrétariat de tenir de nouvelles consultations sur la mise en œuvre des directives. Ils ont également demandé au Secrétariat de tenir des consultations sur les options pour étendre les objectifs mondiaux en matière de nutrition et le plan global de mise en œuvre sur la nutrition de la mère, du nourrisson et du jeune enfant après 2025.

Arrière-plan

[Orientations sur les mesures réglementaires](#) visant à restreindre la commercialisation numérique des substituts du lait maternel. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2023

[Liens](#) vers des discussions antérieures sur la nutrition de la mère, du nourrisson et du jeune enfant.

Commentaire du PHM

Absence de progrès dans la réalisation des objectifs du Plan global de mise en œuvre

La cible 2.2 des objectifs de développement durable stipule ce qui suit : « D'ici à 2030, mettre fin à toutes les formes de malnutrition, y compris atteindre, d'ici à 2025, les cibles convenues au niveau international sur le retard de croissance et l'émaciation chez les enfants de moins de 5 ans, et répondre aux besoins nutritionnels des adolescentes, des femmes enceintes et allaitantes et des personnes âgées. »

Le Plan global de mise en œuvre de l'OMS pour la nutrition de la mère, du nourrisson et du jeune enfant comprend ces objectifs mondiaux, mais va légèrement au-delà pour inclure l'anémie chez les femmes en âge de procréer, l'insuffisance pondérale à la naissance, le surpoids chez les enfants et l'allaitement maternel exclusif au cours des six premiers mois de la vie. Dans le document [EB154/22](#), ils décrivent s'ils sont en bonne voie pour atteindre ces objectifs en 2025 et 2030, résumés dans le tableau ci-dessous et codés par couleur pour plus de commodité.

En résumé, il est actuellement prévu que les progrès mondiaux en matière de nutrition maternelle et infantile ne permettront pas d'atteindre les objectifs fixés pour 2025 en matière de retard de croissance, d'anémie, d'insuffisance pondérale à la naissance, de surpoids infantile et d'émaciation, et qu'ils n'atteindront que marginalement l'objectif d'allaitement maternel exclusif. Le retard de croissance, le faible poids à la naissance et l'émaciation n'ont diminué que de moins de 2 % depuis le niveau de référence de 2012, et pour aggraver les choses, l'anémie chez les femmes en âge de procréer et le surpoids infantile ont en fait augmenté depuis que les objectifs de 2025 ont été fixés.

Sur les 125 pays disposant de suffisamment de données, 85 atteindront l'objectif d'ici 2025se *détériorer* au lieu de s'améliorer.

| | Cette analyse et ce commentaire sur certains points qui seront présentés à l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 2024 ont été préparés par le | On track to reach 2025 target? | Target 2025 | Comment |
|------------------|--|--|---|---|
| Stunting | Decrease 1.7% per year, but in 2022 there were still 22.3% children stunted | Projected excess of 31.5 million stunted, 138.5 million in total | A reduction of 50% in number of stunted children under 5 | Only European and Western Pacific regions on track |
| Anaemia | Increase of 1.4%, now 29.9% of reproductive age women anaemic | More women will be anaemic than in 2012 (31.1% vs 28.5%), missing 50% reduction target | A reduction of 50% of anemia in women of reproductive age | Lack of progress in seen across all WHO regions alike |
| Low birth weight | Decreased by 0.3% since 2012, but 14.7% of children were still born with low birth weight in 2020 | There will be 14.4% of babies born low birth weight in 2025, completely missing the 30% reduction target | A 30% reduction of low birthweight incidence | Only 11 out of 157 countries with sufficient data available are on track to reach 2025 target |

| | | | | |
|-------------------------|--|--|--|--|
| Overweight | Increased with 0.1% since 2012, 5.6% of children are overweight in 2022 | Still 5.6% of children will be overweight in 2025, nearly double the target that was set | Reduce childhood overweight to <3% | Regional disparities in progress. Increases in the Americas and Western Pacific, decrease in the European region |
| Exclusive breastfeeding | Since 2012 there has been a >10% increase in exclusive breastfeeding, 47.7% of infants under 6 months were exclusively breastfed in 2021 | 53.4% of infants will be exclusively breastfed in 2025, marginally surpassing the target | Increase exclusive breastfeeding in first 6 months to ≥50% | Although the global progress is looking good, of the 106 countries with sufficient data, 90 countries are not projected to reach the target by 2025. |
| Wasting | Decreased 0.7% since 2012, still 6.8% of children are wasted in 2022 | In 2025 6.6% of children under 5 will be wasted, missing the 5% target | Reduce and maintain childhood wasting to <5% | Of the 125 countries with enough data, 85 will reach the target by 2025 |

Pas d'analyse des facteurs structurels de la malnutrition

Le rapport du Secrétariat (EB154/22) ne fournit aucune analyse des facteurs de la crise de malnutrition. Il ne décrit pas les causes profondes ou les obstacles à la mise en œuvre effective des actions convenues. La section sur les cinq actions énumère simplement diverses activités qui ont eu lieu au cours des deux dernières années sans réfléchir aux raisons pour lesquelles les cinq actions n'ont pas eu d'impact sur les six objectifs.

Le fait que le Secrétariat demande au Conseil d'examiner ce qui devrait remplacer le Plan global de mise en œuvre à partir de 2025 sans offrir aucune analyse des facteurs de malnutrition ou des obstacles à une action efficace, suggère une profonde dissonance cognitive. En revanche, voir [Lancet](#) sur l'économie politique de la nutrition du nourrisson et du jeune enfant.

Malgré l'attention portée par différentes agences des Nations Unies aux questions de nutrition, il semble que l'économie politique des systèmes alimentaires et le rôle de la grande agriculture et

de la grande alimentation dans la formation de l'approvisionnement alimentaire mondial aient été peu pris en compte. La politique nutritionnelle doit s'intéresser aux origines de l'alimentation, à son interconnexion avec la propriété et l'utilisation des terres, à sa médiation par la mondialisation et le commerce néolibéraux, et à la manière dont notre déconnexion des origines de l'alimentation contribue également aux crises écologiques, notamment le réchauffement climatique.

Le rapport ne reconnaît pas ou ne signale pas les mesures relatives à la réglementation des aliments riches en graisses, en sel et en sucre (HFSS) ou des aliments ultra-transformés (UPF).

Un leadership mondial pour une réglementation efficace des boissons sucrées et de la commercialisation de produits malsains auprès des enfants d'âge scolaire est nécessaire pour freiner l'augmentation de l'obésité infantile dans les différentes Régions de l'OMS. Ceci est important car la combinaison de la sous-nutrition au début de la vie et de la surnutrition due à un environnement obésogène plus tard dans la vie prédispose aux maladies non transmissibles telles que le diabète de type 2, les maladies cardiovasculaires et d'autres aspects du syndrome métabolique.

IBFAN/BMA a [récemment signalé](#) l'adoption par le Codex Alimentarius d'une nouvelle norme sur les préparations de suivi pour les nourrissons plus âgés et les jeunes enfants qui donne le feu vert aux produits sucrés, inutiles, ultra-transformés et aromatisés.

Sécurité alimentaire, diversité alimentaire, souveraineté alimentaire

Le rapport du Secrétariat ne fournit aucune analyse de l'insécurité alimentaire et de la nécessité d'une réforme substantielle du système alimentaire qui s'attaque aux inégalités structurelles inhérentes aux systèmes alimentaires mondiaux.

Le rapport regrette que l'aide publique au développement pour les interventions spécifiques à la nutrition soit insuffisante et le MSP partage ce regret. Cependant, les interventions spécifiques à la nutrition ne s'attaquent pas aux distorsions ancrées dans les systèmes alimentaires mondiaux. Pour atteindre les objectifs de 2025, il faudra repenser les affirmations selon lesquelles les grandes entreprises agroalimentaires peuvent fournir des solutions pour la sécurité alimentaire mondiale grâce à leur contrôle des chaînes d'approvisionnement mondiales et à leur dépendance aux solutions technologiques. La souveraineté alimentaire devrait être la base d'une nouvelle approche.

Placer une alimentation saine au cœur des soins de santé primaires

Le document du CE mentionne que les services de nutrition devraient être inclus dans la couverture sanitaire universelle. La couverture sanitaire universelle propose un ensemble minimal de prestations de services achetés auprès de prestataires de services, publics et privés, dans un système de soins de santé basé sur le marché.

En revanche, les soins de santé primaires placent la prévention et un environnement sain pour que les enfants grandissent et se développent au cœur de leurs préoccupations. Les agents de santé communautaires peuvent jouer un rôle important dans la malnutrition infantile et leurs contributions ont été documentées dans des pays comme l'Inde, la Thaïlande et le Bangladesh.

Le MSP rejette un modèle dans lequel la nutrition est considérée comme un « service » qui peut être transformé en un système de santé dépouillé basé sur le marché. Au contraire, une nutrition adéquate, en particulier au début de la vie, doit être considérée comme un droit humain fondamental et comme la base sur laquelle repose la santé. Cela inclut l'attention portée à la diversité alimentaire et à la souveraineté alimentaire dans le cadre d'une approche de participation communautaire pour mettre fin à la malnutrition.

Il existe des besoins nutritionnels très réels qui peuvent être satisfaits par des services de nutrition ciblés et adaptés au contexte, par exemple, les carences en micronutriments chez les adolescentes et les jeunes femmes, ainsi que pendant la gestation et l'allaitement. Cependant, ces services doivent être façonnés par le contexte et intégrés dans des soins de santé primaires complets et intégrés à des programmes communautaires axés sur la diversité alimentaire et la souveraineté alimentaire.

Allaitement

La faiblesse la plus grave de ce rapport est le manque d'accent mis sur l'allaitement maternel, qui est l'intervention qui a le meilleur rapport coût-bénéfice pour plusieurs résultats, y compris la mortalité infantile. Le document parle d'allaitement maternel exclusif, mais tout allaitement est important. Le document indique qu'il y a eu une augmentation significative de l'allaitement maternel exclusif, mais il indique également que sur les 106 pays disposant de données suffisantes, la plupart (entre 90 et 100 pays) n'ont pas atteint et ne sont pas susceptibles d'atteindre l'objectif de 2025, ce qui est très préoccupant.

Depuis l'entrée en vigueur du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel en 1981, seuls 32 pays ont adopté des mesures juridiques pour mettre en œuvre des mesures alignées sur le Code. En 2022, l'Assemblée mondiale de la Santé a adopté la décision [WHA75\(21\)](#), qui demandait aux États membres des orientations sur les mesures réglementaires visant à restreindre la commercialisation numérique des substituts du lait maternel, ce qui a conduit à une [nouvelle orientation](#) de 11 recommandations pour l'action des États membres.

Dans un [commentaire préliminaire sur ce point à la CE en janvier, IBFAN](#) a mis en exergue le marketing numérique, l'alimentation des nourrissons dans les situations d'urgence, la messagerie et le commerce mondial. PHM s'associe à IBFAN pour :

- appelant l'OMS à adopter une résolution forte exigeant que les États Membres mettent pleinement en œuvre les nouvelles orientations ;
- souligner l'importance de protéger et de soutenir les femmes qui souhaitent allaiter dans les situations humanitaires et d'urgence ;

- appelant à des garanties pour empêcher les programmes humanitaires de promouvoir les produits enrichis ultra-transformés comme des solutions miracles sans mentionner l'allaitement maternel ou l'importance des aliments biodiversifiés ;
- appelant les Nations Unies et les agences humanitaires à remettre en question le système alimentaire dirigé par les entreprises qui a fait tant de mal à l'écosystème et aux aliments durables et biodiversifiés.

Appels PHM

Le MSP exhorte les États membres à demander au Secrétariat d'entreprendre un examen complet des circonstances économiques et politiques qui soutiennent la crise nutritionnelle (y compris les systèmes alimentaires mondiaux) et des obstacles commerciaux et politiques à la mise en œuvre effective des cinq actions du plan global de mise en œuvre.

Le PHM se joint à l'IBFAN pour appeler à une résolution forte exigeant que les États membres mettent pleinement en œuvre les nouvelles directives. Cette résolution devrait inclure des dispositions solides en matière de responsabilisation fondées sur les principes de l'examen par les pairs. Il devrait également inclure des dispositions qui contribueront à renforcer les groupes professionnels et communautaires qui encourageront les gouvernements à mettre en œuvre les directives.

15.3 Bien-être et promotion de la santé

Gros plan

Extrait du rapport de synthèse de la DG (A77/4) :

À sa 154^e session, le Conseil d'administration a pris note du rapport sur le bien-être et la promotion de la santé ([EB154/23](#)). Il a également adopté la décision [EB154\(13\)](#) sur le renforcement de la santé et du bien-être par le biais d'événements sportifs. Au cours des discussions, les membres du Conseil ont salué les progrès réalisés dans la mise en œuvre du cadre mondial sur le bien-être et la promotion de la santé, ont réitéré la nécessité d'intégrer le bien-être subjectif et sociétal dans la santé publique et ont souligné l'importance des liens sociaux pour la santé et le bien-être des individus.

A77/4 (paragraphe 22) invite l'Assemblée à adopter la résolution recommandée par le Conseil EB154(13).

Arrière-plan

[Liens](#) vers des discussions antérieures sur la promotion de la santé

Lien vers le compte rendu du débat à EB154 : [M14, page 8](#)

Page thématique [de l'OMS](#) sur la promotion de la santé

Page de l'équipe [de l'OMS](#) sur la promotion de la santé

Commentaire du PHM

Ce commentaire porte d'abord sur le Cadre mondial décrit dans le [document EB154/23](#) et ensuite ([ici](#)) sur le projet de résolution sur le renforcement de la santé et du bien-être par le biais d'événements sportifs

Cadre mondial « pour l'intégration du bien-être dans la santé publique en utilisant une approche de promotion de la santé »

Pas de théorie explicite du changement

Le Cadre mondial n'articule aucune théorie explicite du changement. Les éléments clés de sa théorie implicite du changement semblent être de nouveaux indicateurs, des études de cas inspirantes, le renforcement des capacités et des orientations politiques pour les États membres.

Le Cadre fournit un diagnostic précis (bien qu'à un niveau d'abstraction élevé) des « causes sous-jacentes contemporaines communes » (paragraphe 5 du [document EB154/23](#) et partie IIb du [Cadre mondial](#)). Cependant, il n'y a pas d'analyse des forces, des agents et de la dynamique

associés à ces causes sous-jacentes ; et aucune analyse des obstacles rencontrés précédemment pour s'attaquer à ces causes.

Le dernier paragraphe du Cadre suggère un recours irréaliste au consensus et à la responsabilisation :

Ce cadre nécessite une transition pangouvernementale et sociétale. Les partenaires clés, y compris les organisations non gouvernementales et civiques, les universités, les entreprises, les gouvernements et les organisations internationales, devraient s'engager dans des partenariats efficaces fondés sur le consensus et la responsabilité pour la mise en œuvre décisive des stratégies de promotion de la santé et du bien-être.

Malgré l'appel lancé dans [WHA75.19](#) en faveur d'un « plan de mise en œuvre et de suivi » dans le cadre mondial, aucun plan de ce type n'est inclus dans le Cadre mondial.

Le document EB154/23 indique (paragraphe 12) que « le Secrétariat est en train de mettre en place un groupe consultatif technique stratégique multidisciplinaire d'experts chargé de fournir des conseils et de proposer des contributions aux cadres de suivi et de mise en œuvre ». Toutefois, il n'est pas certain que le mandat du Groupe englobera le Cadre mondial.

La découverte du bien vivre

L'accent mis sur le bien-être dans la Charte de Genève et dans le Cadre mondial de l'OMS reflète l'influence du discours du « bien vivre » ou du bien vivre, qui a eu une grande influence sur la santé publique en Amérique latine depuis quelques décennies. Cependant, le projet de cadre bénéficierait de deux autres innovations de l'école latino-américaine de médecine sociale/santé collective.

L'un d'eux est l'insistance à faire la distinction entre *les déterminants sociaux* (en tant que facteurs qui influencent la santé de la population) et *la détermination sociale* (qui se concentre sur les forces et les dynamiques qui reproduisent ces facteurs). Il y a très peu de choses dans le projet de cadre qui traitent de la détermination sociale et politique de la santé, sauf à un niveau très général.

La deuxième innovation est le passage de la *santé publique* à la *santé collective* afin d'éviter de surestimer le rôle du gouvernement dans le façonnement de la santé de la population et de mettre en évidence la manière dont la santé des populations est façonnée par les forces, les engagements et la dynamique des communautés et de la société civile en général.

Ambiguïtés dans la conceptualisation de la promotion de la santé

Le paragraphe 2(1) du [WHA75.19](#) demande au DG de déterminer le rôle que la promotion de la santé pourrait jouer dans l'atteinte du bien-être. On peut supposer que l'objectif de cette demande est de clarifier le rôle que la promotion de la santé pourrait jouer dans la promotion du bien-être si le cadre proposé était adopté et mis en œuvre par l'OMS.

Cependant, la conceptualisation de la « promotion de la santé » qui est proposée est ambiguë, englobant diversement la promotion de la santé en tant que secteur institutionnel, comprenant

des experts et des organisations, *par opposition* à la promotion de la santé en tant qu'ensemble de principes et de pratiques que les praticiens, les agences et les administrations de la santé pourraient appliquer dans leur travail, *par opposition* à la promotion de la santé en tant que secteur institutionnel. La promotion de la santé en tant que processus social, une façon de parler de l'amélioration de la santé de la population. Dire que « la promotion de la santé cherche à influencer les politiques et les programmes » (partie IId du Cadre mondial) suggère que la « promotion de la santé » est une entité singulière dotée de sa propre agence. Plus loin, le Cadre décrit la promotion de la santé comme un « moteur » de la santé publique.

Le projet de création d'une société (ou civilisation) du bien-être est éclairé dans différents secteurs et communautés par un très large éventail de principes et de paradigmes de pratique. En effet, la pratique professionnelle et civique des praticiens de la santé est éclairée par un large éventail de principes et de paradigmes de pratique, y compris, mais allant bien au-delà de la « promotion de la santé » (qu'elle soit comprise comme un secteur institutionnel ou un ensemble de principes et de pratiques ou comme un synonyme d'amélioration de la santé).

Le projet de cadre (partie IId) indique que « *la promotion de la santé est le processus qui permet aux gens d'accroître le contrôle et d'améliorer leur santé* ». Mais la promotion de la santé n'est clairement pas le seul « processus permettant aux gens d'accroître le contrôle et d'améliorer leur santé ». Pour les travailleurs travaillant dans des lieux dangereux, l'augmentation du contrôle et l'amélioration de la santé peuvent impliquer l'adhésion à un syndicat et la grève. Pour de nombreuses personnes, l'utilisation de médecines traditionnelles ou complémentaires est un processus de contrôle accru et d'amélioration de leur santé. La promotion de la santé n'est pas le seul ensemble de principes et de pratiques qui aident les gouvernements, les collectivités et les individus à « faire face aux défis de la santé et du bien-être et à les relever afin d'améliorer la santé des populations et des environnements » (page 6).

Certaines sections de ce cadre semblent viser à promouvoir la promotion de la santé en tant que secteur institutionnel plutôt qu'à expliquer son rôle comme le demande l'article 75.19 de la WHA. La partie V du Cadre déclare que :

... La promotion de la santé fournit la plateforme, les approches et les outils nécessaires pour permettre cette collaboration intersectorielle transformatrice, l'action collective par l'autonomisation des communautés et, en fin de compte, générer la bonne gouvernance essentielle au bien-être de la société.

Violation du mandat

Ce point a commencé par la [Charte de Genève pour le bien-être](#), la déclaration finale de la 10e Conférence mondiale sur la promotion de la santé, organisée à Genève, en Suisse, et virtuellement du 13 au 15 décembre 2021.

Le lieu de l'Assemblée de la Santé s'est ensuite tourné vers l'Assemblée de la Santé avec un [projet de résolution](#) parrainé par l'Arabie saoudite, l'Azerbaïdjan, Bahreïn, la Bosnie-Herzégovine, le Botswana, la Colombie, les Émirats arabes unis, les États-Unis d'Amérique, l'Iraq, Oman, le Pérou et la Thaïlande, qui a été adopté en tant que [WHA75.19](#).

WHA75.19 demande au DG

... élaborer, dans le cadre du mandat de l'OMS, un cadre pour parvenir au bien-être, en s'appuyant sur le Programme de développement durable à l'horizon 2030 et ses 17 objectifs de développement durable, et identifier le rôle que joue la promotion de la santé dans ce cadre

Cette demande comprend deux tâches distinctes : premièrement, élaborer un cadre pour le bien-être basé sur les ODD ; et deuxièmement, expliquer le rôle que joue la promotion de la santé dans ce cadre.

Toutefois, le Cadre mondial qui a été élaboré s'intitule « Atteindre le bien-être : un cadre mondial pour intégrer le bien-être dans la santé publique *en utilisant* une approche de promotion de la santé ».

Il s'agit d'un écart très important par rapport au mandat initial ; de l'élaboration d'un cadre et de l'identification du rôle de la promotion de la santé à l'élaboration d'un cadre utilisant une approche de promotion de la santé. On ne sait pas exactement comment cette transformation du mandat s'est produite. Il s'agissait vraisemblablement de choix délibérés de la part du personnel du Secrétariat, mais elle a peut-être été appuyée par les États membres parrains, les donateurs et les conseillers.

L'adoption de la décision [WHA76\(22\)](#), par laquelle l'Assemblée a adopté le cadre, accepte et approuve le mandat transformé.

La provenance des décisions et résolutions des organes directeurs et la provenance des publications et initiatives mises en œuvre par l'intermédiaire du Secrétariat sont cachées à la vue du public. Il en va de même pour le rôle de certains États membres, des donateurs, des gestionnaires de programme au sein du Secrétariat, des conseillers professionnels et des entités du secteur privé.

Ce secret (« commercial confidentiel ») représente une violation majeure de la responsabilité. Le manque de transparence remet en question l'intégrité de l'Organisation.

La désintégration de l'OMS : un marché d'influence

La survie de nombreuses unités organisationnelles au sein du Secrétariat (et le maintien de leur personnel) dépend de la lutte continue pour attirer l'attention des donateurs et leur financement. Il semble que la volonté d'élaborer un cadre mondial sur le bien-être soit (au moins en partie) axée sur la promotion de la santé en tant que secteur institutionnel.

Malgré le discours sur la mobilisation « coordonnée » des ressources, il existe une tension entre les différentes unités pour attirer l'attention des donateurs, ce qui entraîne la désintégration de l'élaboration cohérente de politiques et de programmes.

Cette dynamique néfaste est une conséquence directe du refus des États membres de financer entièrement l'Organisation par le biais de contributions obligatoires ou de délier les contributions volontaires étroitement affectées.

PHM Position

Le MSP appelle à un renforcement radical de la responsabilité du Secrétariat de l'OMS en ce qui concerne les relations en coulisses entre les États membres, les intérêts particuliers, les donateurs et les gestionnaires de programme au sein du Secrétariat. Le MSP demande à l'OMS de nommer les organismes de financement qui soutiennent chaque initiative qui sera présentée aux organes directeurs.

Le MSP appelle à mettre fin à la marchandisation de la prise de décision et de la production de ressources de l'OMS et à un financement prévisible, adéquat et flexible de l'Organisation par le biais de contributions obligatoires et de contributions volontaires non liées.

Renforcer la santé et le bien-être par le biais d'événements sportifs ([EB154\(13\)](#))

Le projet de résolution [EB154\(13\)](#) est parrainé par la Chine, l'Égypte, l'Union européenne, l'Iraq, le Japon, la Malaisie, le Mexique, le Maroc, Oman, le Qatar, la Serbie, Sri Lanka, la Thaïlande, la Türkiye, les Émirats arabes unis et le Yémen, mais son élaboration semble avoir été coordonnée par le Qatar.

La résolution est exempte de preuves, ne tient pas compte des principes fondamentaux de santé publique inscrits dans les politiques précédemment adoptées et pue les intérêts particuliers. Le MPS exhorte l'Assemblée à rejeter la résolution.

Équité, genre, handicap, environnements

Proposer une politique en matière de sport et d'activité physique qui ne fait aucune référence au genre est extraordinaire.

Dans toutes les Régions de l'OMS, à l'exception de la Région du Pacifique occidental, la prévalence de l'activité physique insuffisante chez les femmes et les filles est nettement plus élevée que chez les hommes et les garçons, de manière spectaculaire dans les Amériques, la Méditerranée orientale et l'Asie du Sud-Est. (voir les Figs 2 et 3 dans le [Rapport de situation mondial sur l'activité physique 2022](#)).

Les données disponibles par l'Observatoire mondial de l'OMS montrent des différences spectaculaires entre les sexes selon les pays. Au Qatar, l'organisateur de ce projet de résolution, 49 % des femmes n'ont pas suffisamment d'activité physique, contre 33 % des hommes. Les chiffres pour les écoliers montrent que 91 % des filles et 86 % des garçons n'ont pas suffisamment d'activité physique.

[Le Plan d'action mondial de l'OMS sur l'activité physique 2018-2030](#) identifie **l'équité tout au long de la vie** comme l'un des sept principes qui sous-tendent le plan d'action mondial.

Les disparités dans la participation à l'activité physique selon l'âge, le sexe, l'incapacité, la grossesse, le statut socioéconomique et la géographie reflètent les limites et les inégalités dans les déterminants socioéconomiques et les possibilités d'activité physique pour différents groupes et différentes capacités. La mise en œuvre de ce plan d'action devrait

explicitement tenir compte des besoins à différents stades de la vie (y compris l'enfance, l'adolescence, l'âge adulte et l'âge avancé), des différents niveaux d'activité et des capacités actuelles, en donnant la priorité à la lutte contre les disparités et à la réduction des inégalités.

Non seulement il n'y a aucune référence au genre dans le projet de résolution, mais il n'y a pas eu de mention du genre dans le débat EB154 ([PSR14](#)).

Il n'y a aucune référence à l'équité dans le projet de résolution et la seule mention de l'équité dans le débat a été faite dans les remarques du représentant du Directeur régional pour l'Europe, « concernant le déclin du bien-être des populations dans le monde, avec des inégalités flagrantes qui laissaient davantage de personnes de côté, malgré la croissance économique, et avaient un impact négatif sur la cohésion sociale ».

Il n'y a aucune référence aux écoles dans le projet de résolution, bien que l'accent soit mis sur l'activité physique à l'école dans le rapport de la Commission sur l'élimination de l'[obésité infantile](#), par exemple dans la Recommandation 2.2 « Veiller à ce que des installations adéquates soient disponibles dans les locaux scolaires et dans les espaces publics pour l'activité physique pendant les loisirs pour tous les enfants (y compris ceux qui sont handicapés), avec la mise à disposition d'espaces adaptés au genre, le cas échéant ».

Les besoins spéciaux des personnes handicapées sont mentionnés dans le préambule de la résolution, mais il n'y a rien dans les paragraphes du dispositif.

Il n'y a pratiquement rien dans cette résolution sur les environnements qui façonnent la participation au sport et aux autres formes d'activité physique. Le [Rapport de situation mondial sur l'activité physique 2022](#) de l'OMS a déclaré que :

Les environnements dans lesquels les gens vivent, travaillent et passent leur temps libre peuvent favoriser ou entraver leurs possibilités d'être physiquement actifs. L'environnement bâti comprend la conception et l'emplacement des maisons, des écoles, des centres commerciaux et de vente au détail, des lieux de travail et des réseaux de transport, ainsi que tous les espaces entre eux qui composent les quartiers et les villes. Des environnements urbains bien conçus peuvent aider directement les gens à être plus actifs physiquement et « pousser » les personnes moins actives à être plus actives en en faisant un choix facile. À l'inverse, des environnements mal conçus et mal entretenus peuvent dissuader ou restreindre l'activité physique, par exemple en raison de l'absence d'infrastructures nécessaires ou de la création d'un sentiment d'insécurité réel ou perçu.

Rien dans le projet de résolution ne pourrait attirer l'attention des gouvernements (ou de l'OMS) sur la nécessité de prêter attention aux disparités dans l'accès des personnes à des environnements sûrs et favorables à l'activité physique, y compris le sport.

Sport professionnel versus sport communautaire

Il semble qu'il n'y ait pas eu d'examen de la possibilité que la promotion du sport professionnel en tant que divertissement de masse puisse contribuer à négliger le sport communautaire où les gens ordinaires peuvent faire de l'exercice.

Le paragraphe 1(5) reconnaît la nécessité de « limiter la commercialisation de produits malsains » et de « minimiser les conséquences négatives des jeux d'argent sur la santé et le bien-être ». Ce sont des dispositions très faibles. Ils semblent laisser de la place au parrainage commercial d'événements sportifs, y compris une publicité limitée pour les produits malsains et les jeux d'argent où des « conséquences positives pour la santé et le bien-être » peuvent être perçues.

Le rôle des technologies numériques

Dans l'OP1(2), le projet de résolution exhorte les États membres à *mettre en œuvre des mesures de promotion de la santé efficaces et fondées sur des données probantes [...], notamment en utilisant des technologies numériques novatrices [...] améliorer l'impact sur la santé de la population en réduisant les facteurs de risque de maladies non transmissibles et en améliorant la santé mentale et sociale et le bien-être ;*

Le préambule cite [l'article 71.7](#) de l'AMW comme autorité à l'appui de cette demande, mais cette résolution ne fait aucune référence à l'activité physique ou au sport.

Le projet de résolution réaffirme « les résolutions adoptées lors des sessions précédentes de l'Assemblée générale des Nations Unies et de l'Assemblée mondiale de la santé qui soulignent l'importance de la collaboration entre les secteurs public et privé visant à promouvoir l'intégration de la santé dans les événements sportifs ». Aucune résolution de ce type n'est citée.

L'OMS envisage-t-elle de demander un soutien financier à Apple et à d'autres fabricants de smartphones, de montres intelligentes et d'applications de surveillance de l'exercice ?

Rejeter le projet de résolution

Le point culminant du [débat à la EB154](#) a été la contribution de la Fédération internationale des étudiants en médecine, dont le représentant a déclaré que

Les efforts doivent être axés sur l'édification de sociétés saines plutôt que sur des modes de vie sains. Si l'action restait axée sur les modes de vie individuels sans protéger systématiquement les personnes des déterminants sociaux, économiques, commerciaux et environnementaux de la santé, il ne serait pas possible de protéger les générations futures. Elle a exhorté le Secrétariat et les États Membres à s'attaquer aux causes profondes de la mauvaise santé et à mettre en place des sociétés et des structures qui favorisent et favorisent la santé et le bien-être.

Cette résolution est insuffisante par rapport à ces normes.

Le MPS exhorte l'Assemblée à rejeter ce projet de résolution.

15.4 Changement climatique, pollution et santé

Gros plan

Extrait du rapport de synthèse de la DG ([A77/4](#)) :

Impact des produits chimiques, des déchets et de la pollution sur la santé humaine

À sa 154e session, le Conseil exécutif a pris note du rapport sur l'impact des produits chimiques, des déchets et de la pollution sur la santé humaine ([EB154/24](#)). Au cours des débats, les membres du Conseil se sont déclarés favorables à l'étude des options décrites dans le rapport concernant la participation future de l'OMS au groupe intergouvernemental scientifique et politique afin de contribuer davantage à la gestion rationnelle des produits chimiques et des déchets et à la prévention de la pollution négociée par le [groupe de travail spécial à composition non limitée](#) convoqué par le Programme des Nations Unies pour l'environnement. Les membres du Conseil ont également souligné l'importance d'inclure les aspects sanitaires dans les négociations sur le nouvel instrument juridiquement contraignant visant à mettre fin à la pollution plastique.

Changement climatique et santé

À sa 154e session, le Conseil exécutif a pris note du rapport sur les changements climatiques et la santé ([EB154/25](#)) et a examiné le texte d'un projet de décision présenté par les États membres sur le même sujet ([EB154/CONF./12](#)). Au cours des débats, les membres du Conseil ont observé que la crise climatique était une crise sanitaire et ont salué les efforts déployés par le Secrétariat pour améliorer les capacités des États Membres à faire face aux impacts du changement climatique sur la santé tout en promouvant des sociétés et des systèmes de santé à faible émission de carbone. Le Conseil est convenu que les consultations sur le projet de résolution se poursuivraient pendant la période intersessions.

Il semble que l'apparition tardive de ce point à l'ordre du jour du CE ait pu être motivée par l'[Alliance pour une action transformatrice sur le climat et la santé](#) dirigée par l'OMS. Voir également [le communiqué de presse de l'OMS du 2 décembre 2023](#), « Le FVC, le PNUD et l'OMS unissent leurs forces pour intensifier le soutien à la santé climatique dans les pays en développement : Nouveau partenariat pour développer une facilité mondiale de co-investissement pour le climat et la santé ».

Le groupe de gouvernements à l'origine du projet de résolution sur le changement climatique et la santé comprenait le Pérou, les Pays-Bas, le Kenya, les Fidji, la Barbade et le Royaume-Uni.

Arrière-plan

Liens vers les discussions précédentes sur [les produits chimiques](#) et [la pollution](#)

[Liens](#) vers les discussions précédentes sur le changement climatique

Commentaire du PHM

Impact des produits chimiques, des déchets et de la pollution sur la santé humaine

En janvier, le Conseil exécutif a examiné la participation de l'OMS à deux initiatives du Programme des Nations Unies pour l'environnement (PNUE) : le groupe scientifique et politique et l'instrument international contraignant pour mettre fin à la pollution plastique.

Le Conseil a pris note [de l'EB154/24](#) et les membres du Conseil ont encouragé le Secrétariat à poursuivre l'exploration des options concernant la participation de l'OMS au groupe d'experts sur les politiques scientifiques et à la négociation du traité sur les plastiques.

Il n'est pas clair, d'après le compte rendu du débat ([PSR15](#)), pourquoi la Fédération de Russie s'est opposée à l'approfondissement de l'engagement de l'OMS dans le groupe scientifique sur la politique, dans les négociations sur les plastiques et en ce qui concerne le réchauffement climatique. La Russie a été le seul participant à adopter cette position négative.

Le panel science-politique

Le PNUE a décidé que « le groupe devrait être un organe intergouvernemental indépendant doté d'un programme de travail approuvé par ses gouvernements membres pour fournir des preuves scientifiques pertinentes pour les politiques sans être normatif ». Le PNUE considère que les principales fonctions du groupe devraient être les suivantes :

- Entreprendre une « analyse prospective » pour identifier les questions pertinentes pour les décideurs et, dans la mesure du possible, proposer des options fondées sur des données probantes pour y remédier ;
- Évaluer les problèmes actuels et identifier les options possibles fondées sur des données factuelles pour traiter, dans la mesure du possible, ces problèmes, en particulier ceux qui concernent les pays en développement ;
- Fournir des informations actualisées et pertinentes, identifier les principales lacunes de la recherche scientifique, encourager et soutenir la communication entre les scientifiques et les décideurs, expliquer et diffuser les résultats auprès de différents publics et sensibiliser le public ;
- Faciliter l'échange d'informations avec les pays, en particulier les pays en développement, qui souhaitent obtenir des informations scientifiques pertinentes.

Le MPS exhorte l'Assemblée à approuver la participation de l'OMS au groupe d'experts de manière à englober les six options énumérées dans le [document EB154/24](#). Le MSP exhorte l'Assemblée à demander des rapports réguliers aux organes directeurs de l'OMS sur les travaux du groupe et la contribution de l'OMS au groupe.

Le MSP affirme que, comme décrit aux paragraphes 6 et 7 du document EB154/24, la participation au groupe scientifique et politique s'inscrit entièrement dans le mandat actuel de

l'OMS et que les contraintes budgétaires ne doivent pas empêcher ou restreindre la participation de l'OMS.

Mettre fin à la pollution plastique

Le PNUE a déterminé (dans le [document UNEP/EA.5/Res.14](#)) qu'un instrument international juridiquement contraignant sur la pollution plastique, y compris dans le milieu marin, est nécessaire et a décidé de convoquer un comité de négociation intergouvernemental pour un tel instrument, afin de commencer ses travaux au cours du second semestre 2022, avec l'ambition d'achever ses travaux d'ici la fin de 2024.

Aux paragraphes 16 à 18 du [document EB154/24](#), le Secrétariat examine une série d'options concernant le rôle de l'OMS au sein du comité de négociation intergouvernemental et de l'instrument juridiquement contraignant en cours d'élaboration. Au paragraphe 22, le Secrétariat indique que l'OMS continuera de s'engager dans les projets de dispositions sur les questions de santé et dans les travaux techniques pertinents entre les négociations formelles.

La plupart des membres du Conseil d'administration (à l'exception de la Fédération de Russie) ont approuvé cet engagement.

Le MSP exhorte l'Assemblée à demander au Secrétariat, dans son engagement avec le comité de négociation international, d'accorder une attention particulière à ce que l'instrument juridiquement contraignant comprenne des dispositions solides pour garantir que sa mise en œuvre est protégée contre les distorsions découlant des conflits d'intérêts.

Extractivisme et pollution

[EB154/24](#) est centré sur la pollution par le plomb, les pesticides dangereux et le plastique. Mais d'autres formes de pollution par les déchets chimiques sur la santé doivent être soulignées. Par exemple, dans de nombreux pays à revenu faible ou intermédiaire, les multinationales des industries extractives sont à l'origine de la pollution de l'environnement et de l'impact sur la santé. Il existe de nombreux cas de produits chimiques et de déchets dans l'environnement qui perturbent les moyens de subsistance, dégradent la biodiversité et causent des charges sanitaires incalculables. Les conséquences des produits chimiques et des déchets sur la pollution de l'environnement et la santé sont immenses, parfois sous-déclarées ou mal évaluées. Compte tenu de la faiblesse des systèmes de santé, certains cas ne sont pas diagnostiqués. Un leadership national fort et le renforcement des agences nationales de protection de l'environnement devraient aider à enrayer ce problème.

L'affaire Chevron Ecuador souligne également la nécessité d'un instrument international contraignant pour réglementer les pratiques des sociétés transnationales.

Changement climatique et santé

Le MPS accueille favorablement ce point et accueille favorablement le rapport dans le [document EB154/25](#). Compte tenu de la résistance persistante à la réduction de l'utilisation des

combustibles fossiles, évidente en particulier lors de la COP28, l'OMS doit faire davantage pour contribuer à plaider en faveur d'une action efficace en faveur de l'atténuation et de l'adaptation.

Le rapport ([EB154/25](#)) donne une bonne description des problèmes. Il introduit la dimension d'équité, en soulignant les conséquences sanitaires du changement climatique auxquelles sont confrontés les pays à revenu faible et intermédiaire inférieur (inondations, sécheresse, déplacements et conflits) et les petits États insulaires en développement, tout en reconnaissant la contribution la plus faible apportée par ces pays aux émissions mondiales historiques.

[Le document EB154/25](#) met également en évidence les voies de développement et les choix économiques qui sont à l'origine de la crise climatique et qui sont les causes directes d'importants impacts sur la santé. Le document cite les systèmes énergétiques polluants, qui causent des millions de décès prématurés dus à la pollution de l'air chaque année ; des systèmes alimentaires destructeurs de l'environnement et malsains qui contribuent aux maladies non transmissibles ; et les systèmes d'urbanisme et de transport qui entraînent la dépendance à la voiture, l'inactivité physique et les accidents de la route. Ces impacts parallèles sur le réchauffement climatique et directement sur la santé sont importants car ils sous-tendent la logique de l'argument du « co-bénéfice ».

Le document identifie plusieurs éléments d'une réponse du système de santé au réchauffement climatique :

1. être préparé (pour répondre à la chaleur extrême, aux inondations et aux maladies infectieuses) ;
2. être résilient au changement climatique (y compris l'eau et l'assainissement, les systèmes alimentaires durables) ;
3. réduire les émissions de carbone du secteur de la santé ; et
4. œuvrer à la réalisation de « co-bénéfices » pour la santé (par exemple, des vies sauvées grâce à l'amélioration de la qualité de l'air) en favorisant l'atténuation des changements climatiques dans d'autres secteurs, notamment l'énergie, l'alimentation, les transports et les systèmes urbains ;
5. encourager les « acteurs de la santé » à travailler dans tous les secteurs pour protéger conjointement les principaux déterminants environnementaux.

Le document propose ensuite un certain nombre de mesures prises par le Secrétariat qui pourraient contribuer à renforcer la riposte du système de santé. Il s'agit notamment d'intensifier ses propres travaux existants dans les domaines suivants :

- assurer le leadership et la sensibilisation ;
- produire des preuves, recueillir des données, surveiller les tendances et produire des ressources techniques ;
- le renforcement des capacités et l'appui aux pays.

La majorité des intervenants au Conseil exécutif en janvier (EB154) ont soutenu l'intensification des travaux du Secrétariat sur les changements climatiques et la santé ([EB154/PSR/15](#)).

Critique

L'engagement à renforcer la réponse du système de santé est apprécié. Les actions proposées sont globales et stratégiques.

Cependant, alors que la rhétorique du changement climatique en tant que « menace fondamentale pour la santé humaine nécessite une réponse forte de la communauté mondiale de la santé pour protéger la santé contre les risques climatiques croissants, garantir l'accès à des services de santé de haute qualité, résilients au changement climatique et écologiquement durables, et améliorer la santé, tout en limitant le réchauffement climatique à la limite convenue de 1,5 °C. (paragraphe 7) » est la bienvenue, la nécessité d'un *partage mais différencié des responsabilités et des capacités respectives* est absente du [document EB154/25](#).

Le rapport note l'impact différentiel du réchauffement climatique avec les pays à revenu faible et intermédiaire plus touchés, mais il ne reconnaît pas que la plupart des efforts d'atténuation doivent provenir des pollueurs passés et présents, et bien que les pays à revenu faible et intermédiaire aient besoin d'un soutien considérable pour l'adaptation, la contribution qu'ils peuvent apporter à l'atténuation est moindre. Les pays à revenu élevé doivent s'engager à fournir un soutien financier dans le cadre de fonds communs.

La référence aux pays à faible revenu qui identifient et déploient l'accès aux énergies renouvelables pour les établissements de santé (paragraphe 9) est trompeuse et distrayante, alors que la lutte dans ces pays consiste à établir les installations de soins de santé minimales requises avec les niveaux minimums d'accès garanti à l'énergie - de toute sorte. L'argument des co-bénéfices des technologies respectueuses du climat est important, mais doit aller de pair avec des transferts de technologie gratuits et facilités (l'argument des capacités respectives). L'ensemble du rapport met de côté les perspectives de justice climatique des pays en développement et va trop loin dans le romantisme du « le monde est un ». Qu'est-il arrivé à l'impérialisme ?

Soins de santé primaires et engagement communautaire

Le document reconnaît clairement l'importance du pouvoir du peuple pour surmonter la résistance aux combustibles fossiles et faire pression pour un financement adéquat et équitable de l'adaptation. Il reconnaît également le pouvoir potentiel de la « communauté mondiale de la santé » dans la lutte contre le réchauffement climatique.

Cependant, il ne fait pas le lien. L'approche des soins de santé primaires, élaborée à Alma-Ata, envisage un « partenariat de santé communautaire » pour la santé ; le personnel de santé (à tous les niveaux) travaillant activement avec leurs communautés pour définir les risques et se mobiliser contre les causes sous-jacentes.

Une fraction importante de la population travaille dans le domaine des soins de santé ; Il s'agit en grande majorité de personnes qui se soucient du bien-être et de la santé de leur communauté, y compris de la menace du réchauffement climatique. Il existe déjà une myriade

d'organisations et de réseaux au sein du système de santé qui défendent et mobilisent autour du réchauffement climatique.

Le MSP exhorte l'OMS à explorer d'autres actions qui pourraient tirer parti de ces partenariats de santé communautaire dans différents districts, à différents niveaux.

La dynamique physique sous-jacente au réchauffement climatique est globale, mais les risques spécifiques sont divers et peuvent être très localisés. Au sein d'un État, différentes régions ou districts peuvent avoir des expositions différentes ; Les conséquences varient également et les vulnérabilités diffèrent. Le modèle de soins de santé primaires permet aux agences de santé locales d'identifier et de plaider en faveur de mesures d'adaptation et d'atténuation localisées, en partenariat avec leurs communautés, ainsi que de plaider autour de politiques et de stratégies universelles.

Le Secrétariat mentionne la résilience climatique comme un élément central du développement sanitaire dans le contexte de la couverture sanitaire universelle et des soins de santé primaires. Cependant, il ne reconnaît pas les conséquences d'une approche de la CSU basée sur l'assurance et l'encouragement des soins hospitaliers privés et de la pratique privée. Ce scénario entraîne une surspécialisation et une surconsommation des soins de santé et constitue une menace supplémentaire pour la résilience climatique.

Des soins de santé primaires solides ont montré leur capacité à s'attaquer aux causes évitables de mortalité et de morbidité. Il a également le potentiel de faire face aux diverses menaces associées au réchauffement climatique, y compris le fardeau croissant des maladies transmissibles. Le rapport ne reconnaît pas la nécessité urgente de renforcer les soins de santé primaires en vue de garantir l'accès universel aux soins de santé et de renforcer la résilience pour faire face aux urgences/chocs sanitaires (en raison de la fréquence accrue des phénomènes météorologiques extrêmes, des pandémies, etc.) et d'agir sur les déterminants sociaux de la santé, y compris le réchauffement climatique.

Reconnaître les besoins locaux ne signifie pas ignorer les forces et les processus opérant à l'échelle mondiale. Le MSP exhorte l'OMS à encourager activement les organisations de soins de santé (décideurs, praticiens et OSC) à participer aux réunions de l'Organe subsidiaire de conseil scientifique et technologique de la CCNUCC et de l'Organe subsidiaire de mise en œuvre afin de s'assurer que les perspectives sanitaires sont entendues. Une telle participation peut donner un contexte mondial à des luttes localisées.

Projet de résolution sur les changements climatiques et la santé ([EB154/CONF./12](#))

Les paragraphes préliminaires du projet de résolution énoncent clairement la réalité actuelle et la menace future du réchauffement de la planète, y compris pour la santé ; souligne la nécessité d'accroître les transferts financiers pour soutenir l'adaptation à grande échelle dans les pays en développement (y compris le financement des pertes et dommages) ; et rappelle l'article 2, paragraphe 2, de l'Accord de Paris, qui prévoit que « l'Accord sera mis en œuvre de manière à

refléter l'équité et le principe des responsabilités communes mais différenciées et des capacités respectives, à la lumière des différentes circonstances nationales ».

Les paragraphes opérationnels de la résolution exhortent à une série d'initiatives constructives pour les États membres et pour le Secrétariat.

Compte tenu des échecs obtenus jusqu'à présent dans la lutte contre le réchauffement climatique et de l'ampleur et de l'urgence des menaces pour la santé, le MSP demande instamment l'adoption du projet de résolution.

Les sections entre crochets révèlent de multiples obstacles au consensus

La version du projet de résolution publiée lors de la session EB154 ([EB154/CONF./12](#)) comporte de nombreuses clauses entièrement ou partiellement crochétées. Le Conseil espérait que de nouvelles consultations intersessions aboutiraient à un texte consensuel. Aucun texte de ce type n'a encore été publié (20 mai).

De nombreuses sections entre crochets du projet semblent refléter les guerres culturelles autour de toute mention du genre et de la résistance continue des économies développées à toute mention des responsabilités communes mais différenciées (RCMD). La PP19 du projet de résolution est entièrement entre crochets et plusieurs orateurs de pays en développement ont souligné l'importance de ce principe dans leurs contributions au débat.

Les RCMD sont mentionnées aux articles 3(1) et 4(1) de la [Convention-cadre des Nations Unies sur les changements climatiques](#) de 1992.

Article 3(1) : « Les Parties devraient protéger le système climatique dans l'intérêt des générations présentes et futures de l'humanité, sur la base de l'équité et conformément à leurs responsabilités communes mais différenciées et à leurs capacités respectives. En conséquence, les pays développés parties devraient prendre l'initiative de lutter contre les changements climatiques et leurs effets néfastes.

Priti Patnaik dans [Geneva Health Files](#) (28 janvier 2024) suggère que la réaction allergique à des termes tels que « sensible au genre » ou « RCMD » reflète des préoccupations concernant l'inclusion de ces idées dans les RSI révisés et le traité sur les pandémies proposé.

Le MSP exhorte les États membres à insister sur la reconnaissance et la prise en compte de l'équité entre les sexes dans la réponse au réchauffement climatique, ainsi que sur le principe des RCMD en ce qui concerne les défis de l'atténuation et du financement de l'adaptation.

15.5 Économie et HFA

Gros plan

Extrait du rapport de synthèse de la DG ([A77/4](#)) :

À sa 154^e session, le Conseil exécutif a pris note du rapport sur l'économie et la santé pour tous ([EB154/26](#)) et a examiné le texte d'un projet de résolution présenté par les États membres sur le même sujet ([EB154/CONF./8](#)).

Au cours des discussions, les membres du Conseil ont reconnu la relation étroite entre le développement économique et la santé et ont souligné l'importance d'une approche multisectorielle de la santé dans toutes les politiques. Ils ont souligné la nécessité de maximiser la valeur publique des investissements dans la santé et de contrebalancer l'influence commerciale qui n'est pas alignée sur la santé pour tous.

Le Conseil est convenu que les consultations sur le projet de résolution se poursuivraient pendant la période intersessions.

Arrière-plan

Voir [EB154/26](#) qui résume le rapport final du Conseil sur l'économie de la santé pour tous et passe en revue les travaux en cours au sein de l'OMS

Voir [« La santé pour tous : transformer les économies pour produire ce qui compte », rapport final du Conseil de l'OMS sur l'économie de la santé pour tous](#)

Voir aussi [Bulletin de l'OMS, 24 mai Numéro](#) sur le thème de la construction d'une économie pour la santé pour tous. Voir en particulier les éditoriaux : le premier, du Premier ministre finlandais et de la DG Tedros et deux du secrétariat du Conseil.

Commentaire du PHM

Rapport du Conseil

Le rapport du Conseil de l'OMS sur l'économie de la santé pour tous présente une vision admirable d'une économie mondiale dans laquelle l'économie travaille à soutenir la santé pour tous.

Cependant, il fournit une analyse très limitée des forces et dynamiques sous-jacentes à l'œuvre dans l'économie mondiale qui reproduisent les obstacles à la santé pour tous.

Il surestime la capacité de conduite des mesures du bien-être en tant qu'alternatives au PIB en tant que repères pour une économie mondiale réorientée.

Il est basé sur un éventail limité de moteurs de changement nécessaires à la réalisation de la vision ; peu au-delà de l'inspiration et de l'exhortation.

La plupart des orateurs au cours du débat du Conseil d'administration ont apprécié le rapport du Conseil. Certaines OSC étaient moins enthousiastes. KEI a regretté que « les propositions de l'OMS visant à dissocier les incitations à la recherche et au développement biomédicaux des monopoles et des prix élevés n'aient pas été mentionnées » [dans le rapport du Conseil]. L'ISP « a exhorté les États membres à s'attaquer aux obstacles structurels et politiques à la mise en œuvre des recommandations du Conseil ».

La résolution proposée par le projet de résolution EB154

La résolution proposée ([EB154/CONF./8](#)) :

- Commence par des paragraphes préliminaires qui rappellent les résolutions pertinentes et reprennent les principaux arguments du Conseil ;
- Ensuite, l'OP1 exhorte les États membres à prendre des mesures pour réorienter leurs économies, renforcer leurs capacités publiques, reconnaître le développement de la santé comme un investissement plutôt que comme un coût, entre autres changements ;
- Le paragraphe 1 de l'OP2 vise à promouvoir le dialogue entre le secteur de la santé et les institutions financières internationales en vue d'encourager la prise en compte de la santé dans leurs délibérations ;
- Le paragraphe 2(2) exhorte les diverses parties prenantes à soutenir l'échange de connaissances et d'informations sur la politique budgétaire ;
- Le PO3 demande au DG d'élaborer une stratégie, d'entreprendre un renforcement des capacités au sein du secrétariat et de soutenir le renforcement des capacités au niveau national.

Cette résolution n'a pas été adoptée par la CE en janvier. Selon l'[A77/4](#), ce projet de résolution a fait l'objet de consultations intersessions depuis le EB154, mais aucun document de conférence révisé n'a encore été publié pour l'AMS77.

Il y a plusieurs références aux personnes vivant sous occupation étrangère, qui ont été mises entre crochets. Est également placée entre crochets une référence à l'égalité des sexes (OP3(2)) qui a pu offenser certains pays.

Lors du débat à la EB154, la plupart des orateurs ont soutenu le projet de résolution. Cependant, les [États-Unis ont fait part de](#) leurs préoccupations concernant certains aspects du rapport du Conseil et ont demandé la poursuite des discussions intersessions. (Les États-Unis ont réprimandé à plusieurs reprises l'OMS pour s'être prétendument éloignée de son domaine d'expertise, en particulier en ce qui concerne la propriété intellectuelle et l'accès aux médicaments.) Le [Royaume-Uni a insisté sur](#) le fait que « le cadre des droits de propriété intellectuelle ne doit pas être sapé ».

Renforcement du projet de résolution

Le MPS exhorte l'Assemblée à renforcer le projet de résolution en précisant les travaux supplémentaires du Secrétariat, visant à :

- analyser plus en profondeur la genèse des crises interdépendantes, en particulier la crise des inégalités et de l'aliénation, la crise du réchauffement de la planète et la dégradation de l'environnement ;
- identifier et explorer les obstacles à la mise en œuvre des 13 recommandations ; y compris une enquête auprès des États membres de l'OMS visant à identifier et à analyser les obstacles à la mise en œuvre des recommandations du Conseil et à identifier les initiatives qui ont réussi à surmonter ces obstacles ;
- examiner les propositions antérieures élaborées par l'OMS pour dissocier les incitations à la recherche et au développement biomédicaux des monopoles et des prix élevés ; et
- explorer plus avant les possibilités d'un « engagement public significatif » et de partenariats entre la communauté et les soins de santé en faveur d'une action intersectorielle en faveur de la santé pour tous.